



Katalog i narzędzie HEPS

Katalog i narzędzie do oceny jakości szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Tytuł oryginału

HEPS Inventory Tool

An inventory tool including quality of school interventions on healthy eating and physical activity

Autorzy:

Kevin Dadaczynski

Peter Paulus

Nanne de Vries

Silvia de Ruiter

Goof Buijs

Podziękowania

S. Bowker (Welsh Assembly Government, Wales), E. Flashberger (Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Austria), S. Nic Gabhainn (National University of Ireland, Galway, Ireland), A. Jociute (State Environmental Health Centre, Lithuania), A. Lee (NHS Health Scotland), D. Piette (Universite Libre de Bruxelles, Belgium), V. Simovska (Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark), K. Sokou (Institute of Child Health, Greece), N.G. Viig (University of Bergen, Norway), N. de Vries (University Maastricht, the Netherlands), B. Wojnarowska (Uniwersytet Warszawski, Polska).

Dziękujemy także członkom edukacyjnej grupy dyskusyjnej HEPS za ich komentarze i wkład w opracowanie tekstu.

Data publikacji: maj 2010

NIGZ code: OJ072131

Adres: Customer service NIGZ, P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, The Netherlands

Raport ten można pobrać nieodpłatnie ze strony internetowej HEPS: www.hepseurope.eu

Finansowanie

Publikacja powstała w ramach projektu HEPS, który otrzymał dofinansowanie z Unii Europejskiej w ramach Programu Zdrowia Publicznego.

Projekt HEPS jest współfinansowany przez ZonMw (The Netherlands Organisation for Health Research and Development)



© NIGZ, 2010. Żadna część tej publikacji nie może być powielana w formie folio czy cyfrowej bez pisemnej zgody. Prośby związane z reprodukcją zdjęć lub tekstu powinny być kierowane na adres: Uitgeverij NIGZ – P.O. Box 500 – 3440 AM Woerden – The Netherlands – e-mail: uitgeverij@nigz.nl

Tłumaczenie i opracowanie: Barbara Wojnarowska, Anna Rustecka-Krawczyk

Copyright © dla wydania polskiego: Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010

Skład

Jan Jacek Swianiewicz

Druk:

Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji — Państwowego Instytutu Badawczego

ISBN 978-83-6236-48-2

KATALOG I NARZĘDZIE HEPS

Katalog i narzędzie do oceny jakości szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Kevin Dadaczynski, M.Sc.

Leuphana University, Niemcy

Peter Paulus, Ph.D

Leuphana University, Niemcy

Nanne de Vries, Ph.D

Maastricht University, Holandia

Silvia de Ruiter, M.Sc.

Netherlands Insitute for Health Promotion NIGZ, Holandia

Goof Buijs, M.Sc.

Netherlands Insitute for Health Promotion NIGZ, Holandia

Warszawa 2010

Ośrodek Rozwoju Edukacji

■ SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA DO WYDANIA POLSKIEGO	5
WPROWADZENIE	7
ROZDZIAŁ 1. Potrzeba jakości w promocji zdrowia w szkole	11
1.1 Rozwój i definicje podstawowych terminów	11
1.2 Jaka jakość jest przedmiotem naszych rozważań?	13
1.3 Model jakości HEPS	13
ROZDZIAŁ 2. Katalog i narzędzie HEPS	15
2.1 Proces tworzenia katalogu HEPS	15
2.1.1 Krok 1. Organizacja grupy roboczej	15
2.1.2 Krok 2. Ustalanie kryteriów włączania interwencji do katalogu.....	15
2.1.3 Krok 3. Wyszukiwanie odpowiednich interwencji i informacji o nich	16
2.1.4 Krok 4. Analiza i opis interwencji	16
2.1.5 Krok 5. Weryfikacja opisu interwencji i przekazywanie informacji zwrotnych	18
2.1.6 Krok 6. Upowszechnianie katalogu	18
2.1.7 Krok 7. Regularne uaktualnianie katalogu	19
2.2 Lista jakości HEPS	19
2.2.1 Ocena interwencji — procedura ogólna	19
2.2.2 Wyliczanie i interpretacja wskaźników oraz wymiarów jakości	20
2.2.3 Trudności i sposoby ich przewyższania	21
ROZDZIAŁ 3. Wykorzystanie katalogu i narzędzia HEPS w praktyce — dwa przykłady	23
3.1 „Zdrowie dzieci — próba interwencji” (CHILT) — Niemcy	23
3.2 „Wzrastanie w okresie dojrzewania” — Szkocja	27
ANEKS 1. Lista jakości HEPS	29
ANEKS 2. Słownik podstawowych terminów	47
Bibliografia	51

■ PRZEDMOWA DO WYDANIA POLSKIEGO

Niniejszy poradnik jest trzecią częścią pakietu opracowanego w europejskim projekcie HEPS (*Healthy Eating and Physical Activity in Schools*) Zdrowe Żywienie i Aktywność Fizyczna w Szkole. Projekt ten realizowany jest w latach 2009–2011 przez zespół specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia w szkole z uniwersytetów, instytutów naukowych i agencji rządowych z 12 krajów (w tym także z Polski), w ramach Programu Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej.

Główną przesłanką do podjęcia tego projektu jest zwiększająca się gwałtownie częstość występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Nadwagę ma co czwarte dziecko w Europie, w Polsce 15–18% uczniów. Podstawą zapobiegania temu poważnemu problemowi zdrowotnemu i społecznemu oraz leczenia osób z nadwagą jest zmiana sposobu żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej. W zapobieganiu oraz wspieraniu dzieci i młodzieży z nadwagą ważną rolę do spełnienia mają także szkoły.

Projekt HEPS jest ściśle powiązany z siecią „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (*SHE — Schools for Health in Europe*). Sieć ta jest kontynuacją Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (utworzonej w 1992 r.). Do sieci SHE należą 43 kraje. Fundamentem projektu HEPS jest koncepcja (podejście) i strategia tworzenia szkoły promującej zdrowie oraz kilkunastoletnie doświadczenia wielu krajów w tym zakresie. Istotą projektu jest całościowe podejście do zdrowia w szkole, budowanie polityki szkoły w zakresie promocji zdrowia (a nie działania cząstkowe i akcyjne), z akcentem na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną. Oczekuje się też, że szkoły promujące zdrowie w krajach Unii Europejskiej, jako pierwsze, podejmą tworzenie i wdrażanie takiej polityki, z wykorzystaniem pakietu materiałów opracowanych w projekcie HEPS. Aby działania szkół były skuteczne, powinny być wspierane przez odpowiednią

politykę tworzoną na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.

W Polsce założenia projektu HEPS, dostosowane do sytuacji i potrzeb naszego kraju, będą wdrażane od 2011 r., w pierwszej kolejności w szkołach promujących zdrowie, a następnie szeroko upowszechniane. Podstawę do podjęcia tych działań stanowi *Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z dnia 23 listopada 2009 r.* Potrzeba wdrażania w szkołach polityki w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej wynika także z Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007–2011 (www.mz.gov.pl).

Niniejszy poradnik składa się z trzech rozdziałów:

- W rozdziale pierwszym wyjaśniono podstawowe pojęcia dotyczące jakości szkolnych interwencji oraz przedstawiono model jakości HEPS składający się z czterech wymiarów: jakość koncepcji, struktury, procesu i efektów (wyników). Termin **interwencja** oznacza tu działania, które mają doprowadzić do oczekiwanej zmiany. W projekcie HEPS działania mają prowadzić do zmian w sposobie żywienia i aktywności fizycznej uczniów i pracowników szkoły tak, aby sprzyjało to doskonaleniu zdrowia, poprawie samopoczucia (promocja zdrowia) i zapobieganiu otyłości (profilaktyka). W języku polskim częściej używany jest termin „program” lub „projekt”, które również używane są zamiennie w tym poradniku. Niektórzy autorzy uważają, że terminy „program” i „interwencja” są zamienne. Interwencja to program, którego celem jest zmiana zachowań.
- Rozdział drugi poradnika składa się z dwóch części. W pierwszej podano sposób sporządzania **katalogu** (ewidencji,

rejestr, zbioru informacji, dokumentacji) istniejących szkolnych interwencji (programów) dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Termin „katalog” jest odpowiednikiem określenia „inwentarz” (*inventory*) używanego w wersji angielskiej poradnika. W części drugiej tego rozdziału omówiono założenia **listy jakości** HEPS i sposób wykorzystania jej w praktyce.

- W rozdziale trzecim podano przykład zbierania informacji, w tym oceny jakości interwencji, wykorzystując w tym celu program szkocki i niemiecki.

Aneks zawiera schemat dokonywania oceny czterech wymiarów jakości interwencji (programu). Opisano znaczenie wszystkich wskaźników oraz zamieszczono słownik podstawowych pojęć i literaturę.

Niniejszy poradnik przeznaczony jest dla osób/organizacji rządowych i pozarządowych inicjujących, planujących oraz wdrażających w szkołach interwencje (programy) dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Jest to niezwykle cenny materiał dla autorów innych programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, szczególnie w szkole. W Polsce opracowywanych jest, na różnych poziomach, wiele programów oferowanych szkołom. Nie są one ewidencjonowane i zwykle nie ocenia się ich jakości. Wyrażamy nadzieję, że poradnik ten przyczyni się do nowego myślenia i praktyki w konstruowaniu programów promocji zdrowia i profilaktyki różnych problemów dzieci i młodzieży w Polsce.

*Mgr Katarzyna Stępnia*k — Krajowy Koordynator ds. Promocji Zdrowia w Szkole
Ośrodek Rozwoju Edukacji (katarzyna.stepniak@ore.edu.pl)

Prof. Barbara Woynarowska — Przewodnicząca Rady Programowej ds. Promocji
Zdrowia i Profilaktyki Problemów Dzieci i Młodzieży
Uniwersytet Warszawski (barwoy@pedagog.uw.edu.pl)

Warszawa, listopad 2010 ■

■ WPROWADZENIE

Wszyscy troszczymy się o nasze dzieci — to one są przyszłością Europy. Obecnie w Europie prawie co czwarte dziecko ma nadwagę. Aby zapobiegać temu problemowi zdrowotnemu i społecznemu podjęto realizację projektu HEPS (*Healthy Eating and Physical Activity in School*) — Zdrowe Żywnienie i Aktywność Fizyczna w Szkole. Celem tego projektu jest promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, w szkołach w Europie, w sposób pozytywny i trwały (zrównoważony)¹. HEPS wykorzystuje podejście szkół promujących zdrowie uznane za skuteczny sposób realizacji promocji zdrowia w szkole. HEPS powiązany jest z siecią „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (*SHE — Schools for Health in Europe*) i ma dwa ogólne cele:

1. Rozwijanie, wdrażanie i ocena skuteczności polityki i zrównoważonej praktyki w zakresie promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej (UE).
2. Wspieranie rozwoju i realizacji w krajach członkowskich UE wszechstronnych, zrównoważonych i sprawdzonych („opartych na dowodach” — *evidence-based*) programów szkolnych dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, z wykorzystaniem podejścia szkół promujących zdrowie.

W krajach członkowskich Unii Europejskiej podejmowanych jest wiele inicjatyw dla zmniejszenia liczby dzieci z nadwagą. Inicjatywy te koncentrują się na działaniach praktycznych z wykorzystaniem różnych programów i metod nauczania. Jednak obecnie w żadnym kraju członkowskim UE nie

wdrożono w tej dziedzinie skutecznej krajowej polityki w szkołach. HEPS ma wypełnić tę lukę. Jest to projekt ukierunkowany na tworzenie w krajach Europy polityki² w zakresie zapobiegania nadwadze u dzieci na poziomie krajowym. HEPS może też pomóc we wdrażaniu tej polityki w szkołach w sposób zrównoważony.

→ PAKIET SZKOLNY HEPS

W projekcie HEPS opracowano pakiet szkolny (*HEPS Schoolkit*). Pomoże on krajom UE tworzyć krajową politykę w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach z wykorzystaniem podejścia właściwego dla szkół promujących zdrowie. Pakiet składa się z pięciu części:

1. „Przewodnik HEPS” — zestaw zasad promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach, przeznaczony dla osób, instytucji i organizacji działających na poziomie krajowym w Europie.
2. „Poradnik orędownictwa na rzecz HEPS” — dla osób propagujących tworzenie krajowej polityki promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w szkołach.
3. „Katalog i narzędzie HEPS” — zestaw kryteriów i narzędzi do oceny jakości szkolnych programów promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.
4. „Narzędzie dla szkół HEPS” przewodnik, który ułatwi szkołom w krajach członkowskich UE wdrażanie i realizację programów zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.
5. „Podręcznik do szkolenia nauczycieli HEPS” w zakresie promowania zdrowego żywienia oraz aktywności fizycznej w szkołach.

O KATALOGU I NARZĘDZIU HEPS

Niniejszy poradnik jest przydatny w opracowywaniu ustrukturalizowanego kata-

¹ W języku angielskim określenia te odpowiadają terminowi *sustainable, sustainability*. Oznaczają one tworzenie warunków, w którym dany proces (zmiana, rozwój) jest trwały do momentu, gdy nie zagraża dobru człowieka, środowisku naturalnemu i/lub społecznemu i tym samym jest zrównoważony, pozostaje w harmonii.

² Określenie „polityka” ma wiele znaczeń i w odniesieniu do działalności szkół jest stosunkowo rzadko używane w Polsce. Na podstawie zapisów w różnych słownikach języka polskiego można przyjąć, że polityka jest to pewna idea (wizja), której podporządkowane są działania. Jest punktem wyjścia do opracowania planu działań, który określa szczegółowo sposoby dochodzenia do celu.

logu³ istniejących szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej na poziomie krajowym lub regionalnym. Zawiera także wskazówki, które można wykorzystać przy tworzeniu wysokiej jakości szkolnych interwencji, w tym zakresie. Wskaźniki jakości, przedstawione w Rozdziale 2 i Aneksie 1, pomogą krajom członkowskim UE oceniać jakość istniejących szkolnych interwencji oraz zapewniać trwałe (zrównoważone) rozwój ich jakości.

W opracowaniu tym termin „**interwencja**” oznacza „planowane działania, w których wykorzystuje się wskazania nauk medycznych, a ich celem jest dokonywanie systematycznych i trwałych (zrównoważonych) zmian indywidualnych zachowań ludzi i/lub otaczającego ich środowiska⁴. Interwencje w zakresie zdrowia mogą sprzyjać doskonaleniu zdrowia, poprawie samopoczucia (promocja zdrowia) lub w unikaniu chorób (profilaktyka) [1].

„Katalog i narzędzie HEPS” jest przydatny w promocji zdrowia i profilaktyce. Dostarcza wskazówek, w jaki sposób sporządzić katalog dostępnych szkolnych interwencji. Zawiera zestaw wskaźników, które mogą być zastosowane w krajach członkowskich UE do tworzenia własnych programów z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń. Opracowanie to jest uzupełnieniem pozostałych części pakietu szkolnego HEPS i może ułatwić działania w zakresie promocji zdrowia w szkole na różnych poziomach.

CEL KATALOGU I NARZĘDZIA HEPS ORAZ JEGO ADRESACI

Celem „Katalogu i narzędzia HEPS” jest wspieranie osób zajmujących się promocją zdrowia w szkole w tworzeniu szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej o wysokiej jakości i przejrzystości. Główną jego częścią jest lista jakości HEPS zawierająca wskaźniki do oceny jakości istniejących szkolnych interwencji. Przyjęto założenie, że w całościowym podejściu do jakości w promocji zdrowia w szkole niezbędne jest branie pod uwagę zarówno perspektywy zdrowia, jak i edukacji. Posługując się wystandardyzowanymi wskaźnikami jakości oraz schematem dla opisu szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, można tworzyć katalogi dostępnych interwencji. Na podstawie oceny ich jakości można rekomendować do wykorzystania te interwencje, w których istnieją szanse na osiągnięcie założonych celów.

Głównymi adresatami tego poradnika są krajowi i regionalni partnerzy np. organizacje: rządowe, samorządowe, publiczne (np. instytucje ubezpieczeń zdrowotnych), organizacje pozarządowe i prywatne (np. fundacje, stowarzyszenia) zajmujące się promocją zdrowia i profilaktyką, szczególnie w szkole. Dokument ten może wspierać ich działania dla tworzenia krajowych i regionalnych katalogów interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

³ Termin „katalog” jest w niniejszym poradniku odpowiednikiem określenia „inwentarz” używanego w jęz. angielskim. W słownikach języka polskiego katalog określa się jako: spis zawartości, rejestr, ewidencja, folder, zbiór informacji, szczegółowy wykaz.

⁴ Termin „interwencja” w słownikach języka polskiego oznacza wywieranie na kogoś lub coś wpływu w celu uzyskania określonego efektu. Jego synonimem jest „ingerencja”. W praktyce w Polsce częściej używa się określenia „program” lub „projekt”. Interwencja to program, którego celem jest np. zmiana zachowań zdrowotnych.

Poradnik „Katalog i narzędzie HEPS” nie jest bezpośrednio adresowany do szkół. Jednakże dokonanie oceny jakości istniejących interwencji i sporządzenie ich katalogu może pomóc szkołom w wyborze interwencji, które będą spełniać wymogi jakości oraz będą dostosowane do specyficznych potrzeb szkoły. Opracowanie to umożliwi lepsze zrozumienie zagadnienia jakości i może być przydatne dla autorów istniejących i nowych interwencji oraz sprzyjać poprawie ich jakości.

DLACZEGO I JAK UŻYWAĆ KATALOGU I NARZĘDZIA HEPS

Z powodu stale wzrastającej w Europie liczby dzieci z nadwagą, w większości krajów członkowskich UE, za zadanie priorytetowe uznaje się obecnie wdrażanie szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Mimo, że wyniki badań międzynarodowych wskazują, jakie są wskaźniki dobrej jakości pracy szkoły w tym obszarze, to jednak w większości krajów UE nie dokonuje się pomiarów tej jakości, szczególnie w przypadku szkolnych interwencji. Istnieje więc luka między tym, co wynika z badań, a praktyką [2]. W niniejszym opracowaniu, wykorzystując podejście szkoły promującej zdrowie, zaprezentowano międzynarodowe doświadczenia oraz dowody skuteczności w odniesieniu do działań w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Dzięki opracowaniu jednolitych wskaźników jakości możliwe będzie zmniejszenie luki między

nauką a praktyką oraz wspieranie regionalnych i krajowych partnerów, we wszystkich krajach UE, w ich działaniach dla poprawy jakości podejmowanych interwencji.

W „Katalogu i narzędziu HEPS” wskazano specyficzne metody i strategie dla tworzenia map szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na jakość i rozwój tych interwencji.

Opracowanie to może być używane jako narzędzie, które:

- wyjaśnia, jak krok po kroku, stworzyć krajowy lub regionalny katalog istniejących szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej,
- umożliwia zrozumienie znaczenia i istoty jakości oraz dynamiki jej zmian w promocji zdrowia w szkole,
- dostarcza specyficznych wskaźników jakości, umożliwiających dokonanie całościowej oceny jakości istniejących szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

W opracowaniu tym starano się, aby wszystkie jego elementy były źródłem inspiracji dla użytkowników w działaniach dla poprawy jakości szkolnych interwencji. Ze względu na istniejące w krajach członkowskich UE różnice we wdrażaniu tych interwencji prezentowane narzędzie można zaadaptować do specyficznych potrzeb każdego kraju.

■ ROZDZIAŁ 1

POTRZEBA JAKOŚCI W PROMOCJI ZDROWIA W SZKOLE

Rozdział ten jest wprowadzeniem do tematu jakości w promocji zdrowia w szkole. Zawiera informacje o historii i rozwoju rozumienia pojęcia „jakość” oraz definicje jakości i terminów pokrewnych. Przedstawiono także różnice w jakości na różnych poziomach edukacji. W części końcowej zamieszczono i omówiono model jakości HEPS.

1.1 ROZWÓJ I DEFINICJE PODSTAWOWYCH TERMINÓW

W ostatniej dekadzie gwałtownie wzrosło zainteresowanie i używanie takich terminów jak: „jakość”, „rozwijanie jakości” i „ewaluacja”. Obecnie jakość jest integralną częścią promocji zdrowia. Oczekuje się, że wszelkie działania interwencyjne w tej dziedzinie będą spełniały określone standardy, na co zwrócono uwagę w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia [3]. Każdy podmiot podejmujący interwencję musi upewnić się i wykazać, że jego działania spełniają wymogi jakościowe i prowadzą do osiągnięcia zamierzonych celów. Jest to efektem rozwoju i profesjonalizacji w obszarze promocji zdrowia, a także uznania jej za skuteczną strategię, komplementarną do tradycyjnego, medycznego modelu podejścia do zdrowia [3]. Zmniejszające się środki finansowe powodują, że warunkiem uzyskania finansowania projektów jest mierzenie ich jakości.

Efektom rosnącego zainteresowania jakością był rozwój jej koncepcji i narzędzi do jej pomiaru w badaniach naukowych i w praktyce promocji zdrowia. Wiele obecnych propozycji w tym zakresie wykorzystuje koncepcje i metody stosowane w medycynie (np. medycyna oparta na dowodach), ale nie zawsze można je przenieść do promocji zdrowia [3, 4]. Podstawą promocji zdrowia, w tym promocji zdrowia w szkole, są inne wartości i filary. W sieci „Szkoły dla Zdrowia w Europie” (SHE) przyjęto pięć podstawowych wartości

i filarów promocji zdrowia w szkole w Europie. Należą do nich: równość, upodmiotowienie, rozwijanie kompetencji do działania, demokracja i uczestnictwo [5]. Ważne jest, aby jakość w promocji zdrowia w szkole odzwierciedlała te wartości i zasady.

Jakość i pokrewne jej terminy, takie jak **zapewnienie jakości** (*quality assurance*), są często używane w promocji zdrowia w szkole, ale nie ma dotychczas powszechnie przyjętych definicji tych terminów. Dzieje się tak dlatego, że jakość rozpatruje się w kontekście indywidualnym i instytucjonalnym. Jest ona różnie postrzegana i rozumiana (np. podobnie jak „idealne” zdrowie i choroba). Aby się uporać z tymi różnicami, wyodrębniono trzy perspektywy pojmowania jakości — perspektywa „eksperta”, „konsumenta” i „zarządzającego” [6, 7]. **Perspektywa eksperta** odnosi się do osób profesjonalnie zajmujących się promocją zdrowia oraz stawia pytanie o to, czy podstawą interwencji lub wskaźników przyjętych w ocenie jakości jest wiedza (wyniki badań) i czy sposób wdrażania interwencji odpowiada kryteriom profesjonalnym. Perspektywę tę można również nazwać „jakością techniczną”. **Perspektywa konsumenta** skupia się na jednostce, która jest podmiotem interwencji. Koncentruje się na tym, czy dana interwencja lub sposób oceny jej jakości spełnia oczekiwania i potrzeby grupy docelowej (np. jest dla niej satysfakcjonująca). **Perspektywa zarządzającego** odnosi się do tego, czy środki są efektywnie wykorzystywane.

Trzy różne perspektywy postrzegania jakości wskazują jak trudno jest sformułować wszechstronną jej definicję. Według najczęściej używanej definicji, wprowadzonej przez Amerykański Instytut Medyczny (*American Institute of Medicine*), jakość to „stopień, w jakim świadczenia medyczne dla jednostek

i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných efektów co do zdrowia i są zgodne z aktualną, profesjonalną wiedzą” [8].

Podana wyżej definicja koncentruje się na profesjonalnej wiedzy (perspektywa eksperta) i efektach zdrowotnych, ale może ona być punktem wyjścia do wyjaśnienia **dwóch paradygmatów jakości** [9]. Według pierwszego z nich, jakość jest oceniana w wybranym momencie przy pomocy określonych kryteriów i standardów — „**paradygmat zgodności**” (*paradigm of compliance*). Jeśli dana interwencja lub metoda jej oceny spełniają te kryteria i standardy, uznaje się,

że są one dobrej jakości. Drugi bardziej dynamiczny paradygmat — „**paradygmat optymalizacji**” (*paradigm of optimisation*) nie skupia się tylko na spełnianiu określonych kryteriów; jego celem jest również stała i systematyczna poprawa jakości interwencji. Promocja zdrowia w szkole jest bardzo złożonym procesem dokonującym się w ciągle zmieniającym się środowisku i dlatego przy ocenie jakości powinno się brać pod uwagę przede wszystkim paradygmat optymalizacji. Z tego względu narzędzie HEPS skupia się nie tylko na ocenie jakości szkolnych interwencji w obszarze zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, lecz także umożliwia poprawę ich jakości.

Tabela 1. Ocena jakości w promocji zdrowia na poziomie szkoły (przykłady)

Narzędzia do oceny jakości w promocji zdrowia na poziomie siedliska/szkoły	Kraj
Audyt zdrowej szkoły	Niemcy
Ramy odniesienia (frame of reference) dla promocji zdrowia w szkole	Niemcy
Narzędzie do oceny zdrowych szkół	Wielka Brytania
IND19 — narzędzie do autoewaluacji dla czeskiego modelu szkoły promującej zdrowie	Czechy
Narzędzie do rozwijania jakości w szkole (IQES)	Niemcy
Krajowy audyt zdrowych szkół	Wielka Brytania
Kryteria jakościowe dla szkół promujących zdrowie/profil radialny	Szwajcaria
Kwestionariusz do oceny jakości zdrowia psychicznego w szkole (SMHQAQ)	Stany Zjednoczone
Krajowy certyfikat szkoła promująca zdrowie	Polska

Tabela 2. Narzędzia do oceny jakości interwencji zdrowotnych (przykłady)

Narzędzia do oceny jakości interwencji zdrowotnych	Kraj
Kryteria dobrej praktyki w promocji zdrowia wśród osób o niskim statusie społecznym	Niemcy
Europejskie narzędzie do oceny jakości promocji zdrowia (EQUIHP)	Unia Europejska
<i>Preffi</i> ⁵	Holandia
Jakość w profilaktyce (QiP)	Niemcy
Kryteria jakościowe dla programów profilaktycznych oraz leczenia dzieci i młodzieży z nadwagą i/lub otyłych lub zagrożonych nadwagą/otyłością	Niemcy
<i>Quint essen</i> ⁶	Szwajcaria
Lista <i>School/Beat</i>	Holandia
Sukces projektów promujących zdrowie	Szwecja
<i>The program plan index</i>	Stany Zjednoczone

⁵ *Preffi* — narzędzie do zarządzania efektami w promocji zdrowia (Health Promotion Effect Management Instrument — www.nigz.nl).

⁶ *Quint Essen* — narzędzie do rozwoju jakości w profilaktyce i promocji zdrowia (*Quality development in prevention and health promotion* — www.quint-essen.ch/en).

Innym znaczącym terminem, zgodnym z paradygmatem optymalizacji, jest „**zapewnianie jakości**”. Pojęcie to jest różnie definiowane, ale przyjmuje się, że zapewnianie jakości odnosi się do ciągłego i dynamicznego procesu, podczas którego oceniany jest poziom jakości oraz, jeśli to konieczne, podejmowane są działania w celu poprawy tej jakości [10, 11]. Proces ten obejmuje takie czynności jak ustalanie standardów jakości, pomiar wykonania, podejmowanie działań w celu poprawy jakości oraz regularny monitoring [11].

Narzędzie HEPS służy zapewnianiu jakości i tworzy podstawy do jej poprawy. Umożliwia identyfikację obszarów działań o niskiej jakości, które wymagają poprawy. **Zapewnianie jakości jest dynamiczną i powtarzającą się procedurą cyklicznej oceny i poprawy jakości.** Ta cecha odróżnia zapewnianie jakości od ewaluacji, która skupia się na wynikach osiągniętych w wybranym momencie działań.

1.2 JAKA JAKOŚĆ JEST PRZEDMIOTEM NASZYCH ROZWAŻAŃ?

W badaniu jakości nie zawsze jasno określony jest układ odniesienia. W przypadku promocji zdrowia w szkole można wyróżnić co najmniej dwa poziomy jakości [12].

a) Jakość siedlisk i organizacji

Ten poziom jakości dotyczy siedliska (*setting*)⁵, jakim jest szkoła promująca zdrowie, jak również szkoły jako organizacji. Opracowano wiele różnych koncepcji jakości postrzeganej z punktu widzenia siedliska. Generalnie, większość z nich odnosi jakość

do polityki i strategii działań podejmowanych w danym siedlisku. W tym kontekście, sukces szkoły może być oceniany przy pomocy narzędzi do samooceny, jak również audytu, wewnętrznego i zewnętrznego. Narzędzia do audytu mogą również zawierać wskaźniki mierzące jakość edukacji, które pozwalają na bezpośrednie porównania ze wskaźnikami jakości związanymi ze zdrowiem (np. narzędzie do rozwijania jakości w szkole — IQES; SEIS-Anschub). Przykłady takich narzędzi podano w tabeli 1.

b) Jakość interwencji prozdrowotnych w siedlisku szkoły

Ten poziom jakości odnosi się do specyficznych interwencji zdrowotnych przeprowadzanych często w szkole przez organizacje ochrony zdrowia spoza szkoły (zewnętrzne)⁶. Aby ocenić, czy dana interwencja spełnia wymogi jakości, potrzebne są specyficzne kryteria i wskaźniki. Pomimo pewnego postępu, jaki dokonał się w tym zakresie w ostatnich latach, większość narzędzi do oceny jakości dotyczy generalnie interwencji w promocji zdrowia, bez uwzględnienia specyfiki różnych siedlisk, w tym szkoły. Przykłady narzędzi podano w tabeli 2. Podczas oceniania jakości, ważne jest jasne określenie obszaru, w którym dokonuje się oceny. Narzędzie HEPS koncentruje się na ocenie szkolnych interwencji w obszarze zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

1.3 MODEL JAKOŚCI HEPS

Jakość, jak wcześniej wspomniano, jest szeroko rozumianą koncepcją obejmującą różne perspektywy. W celu dokonania oceny

⁷ W promocji zdrowia przyjmuje się, że siedlisko jest to miejsce, w którym ludzie żyją, uczą się, pracują, odpoczywają, bawią się, tworzą i rozwiązują problemy związane ze zdrowiem. Siedliskiem jest dom rodzinny, szkoła, zakład pracy itd.

⁸ W Polsce wiele programów oferowanych jest szkołom przez stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz agencje rządowe, organizacje pozarządowe, a także firmy.

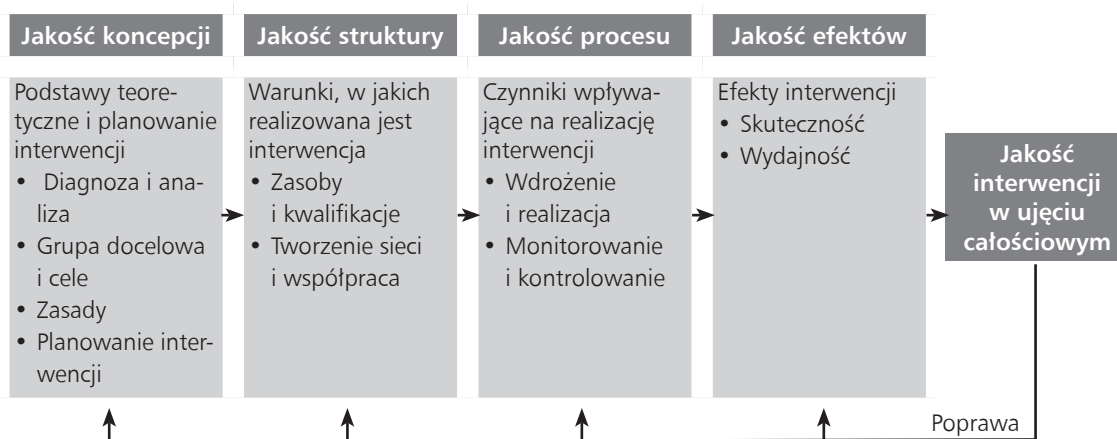
jakości interwencji szkolnej, należy rozważyć wszystkie ważne aspekty danej interwencji, a nie skupiać się jedynie na specyficznych jej częściach np. tylko na uzyskanych wynikach. Według Donebedian'a jakość można oceniać w trzech wymiarach: jakość struktury, jakość procesu i jakość efektów (wyników) działań [13].

Jakość struktury wiąże się przede wszystkim z warunkami, w jakich przeprowadzana jest interwencja. Na ten wymiar składa się m.in. struktura organizacyjna, zasoby materialne (np. sprzęt, środki finansowe) oraz zasoby ludzkie, takie jak wykwalifikowany personel. **Jakość procesu** odnosi się do działań w fazie realizacji interwencji, w tym wsparcia, monitorowania, dostępności i stopnia akceptacji przez adresatów (grupę docelową). **Jakość efektów** obejmuje pożądane i niepożądane zmiany, jakie zaszły w grupie docelowej oraz siedlisku. Wiąże się z tym zarówno aspekty skuteczności (*effectiveness*), jak i wydajności (*efficiency*).

Takie podejście jest często wykorzystywane w promocji zdrowia i profilaktyce. Zaproponowano, aby w jakości interwencji uwzględniać także inne aspekty, takie jak ocena i planowanie [9, 14]. Oba te aspekty

dotyczą tej samej fazy interwencji i tworzą czwarty wymiar nazwany **jakością koncepcji**. Ten wymiar odnosi się do tego, na jakiej podstawie opracowano koncepcję interwencji i obejmuje m.in. diagnozę potrzeb, określenie grupy docelowej (adresatów), celów oraz metod realizacji interwencji.

Model jakości HEPS, przedstawiony na ryc. 1, składa się z czterech opisanych wyżej wymiarów jakości. Jego sekwencyjna struktura odzwierciedla holistyczny sposób ujmowania jakości. W celu oceny jakości interwencji związanej ze zdrowiem należy wziąć pod uwagę każdy z czterech jej wymiarów. Jak przedstawiono na ryc. 1, w modelu każdy wymiar ma wpływ na wymiar kolejny. Na przykład niepowodzenia i błędy w fazie planowania, mogą spowodować brak spójności i trudności w realizacji projektu, jego procesu i ewaluacji. Jeśli w fazie planowania nie sformułowano precyzyjnie celów interwencji, w fazie ewaluacji nie można ocenić poziomu ich osiągnięcia. Cyrkularny charakter modelu jakości HEPS wynika z przyjęcia w nim paradygmatu optymalizacji. Oznacza to, że wyniki wszechstronnej oceny jakości interwencji uzyskanej na podstawie czterech wymiarów powinny być wykorzystywane do ciągłej poprawy jakości działań.



Ryc. 1. Cyrkularny model jakości HEPS

■ ROZDZIAŁ 2

KATALOG I NARZĘDZIE HEPS

Poradnik „Katalog i narzędzie HEPS” służy tworzeniu krajowych lub regionalnych katalogów aktualnie dostępnych interwencji związanych ze zdrowym żywieniem i aktywnością fizyczną. W pierwszej części tego rozdziału opisano, jak krok — po — kroku, tworzyć taki katalog, w dalszej części przedstawiono listę wskaźników jakości HEPS — główną część omawianego narzędzia.

2.1 PROCES TWORZENIA KATALOGU HEPS

Tworząc katalog szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej można ustalić, jakie interwencje są aktualnie dostępne. Ułatwi to szkołom dokonanie wyboru interwencji dostosowanych do ich potrzeb i oczekiwań. Tworzenie tego katalogu na poziomie regionalnym i krajowym wymaga czasu oraz zasobów ludzkich. Dokładna znajomość sposobu tworzenia katalogu, może znacznie zredukować czas jego opracowywania. Niżej przedstawiono i opisano siedem kroków zalecanych w procesie tworzenia katalogu:

1. Organizacja grupy roboczej.
2. Ustalenie kryteriów włączania interwencji do katalogu.
3. Wyszukiwanie odpowiednich interwencji i informacji o nich.
4. Analiza i opis interwencji.
5. Weryfikacja opisu interwencji i przekazanie informacji zwrotnych.
6. Upowszechnienie katalogu.
7. Regularne uaktualnianie katalogu.

2.1.1 Krok 1. Organizacja grupy roboczej

Krok pierwszy to zebranie grupy roboczej, która będzie tworzyła katalog istniejących szkolnych interwencji z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Nie ma

wprawdzie wyraźnych wytycznych, kto powinien być członkiem tej grupy, ale każdy z nich powinien mieć doświadczenie w dziedzinie promocji zdrowia, zdrowego żywienia lub aktywności fizycznej. Grupa ta może się składać z członków jednej lub kilku organizacji, najlepiej z sektora zdrowia i sektora edukacji. Ponieważ tworzenie katalogu na poziomie kraju jest bardziej czasochłonne, w grupie pracującej na tym poziomie powinno być kilku partnerów (np. przedstawiciele ministerstw, szkół wyższych i fundacji). Ważne jest, aby już na początku pracy jasno określić rolę i obowiązki każdego członka grupy, co pozwoli uniknąć nieporozumień i dublowania pracy.

2.1.2 Krok 2. Ustalenie kryteriów włączania interwencji do katalogu

Przed rozpoczęciem poszukiwań istniejących interwencji, należy precyzyjnie ustalić zakres katalogu oraz kryteria włączania do niego interwencji. Im bardziej specyficzne (konkretne) będą te kryteria, tym lepsze będą wyniki poszukiwań. W precyzyjnym ustalaniu kryteriów przydatne mogą być następujące pytania: *Do jakiej grupy docelowej ma być skierowana interwencja? Jaki ma być jej zakres? W jakim obszarze geograficznym ma być realizowana? Co ma obejmować?*

Na podstawie podejścia stosowanego w szkołach promujących zdrowie, w doborze interwencji do katalogu pomocne mogą być następujące kryteria:

- Interwencja jest przeprowadzana w szkołach (np. podstawowych, gimnazjach).
- Interwencja jest skierowana do młodych ludzi w wieku od 6 do 18 lat oraz/lub do nauczycieli i innych pracowników szkoły.
- Interwencja koncentruje się na promocji zdrowia i profilaktyce. Interwencje ukierunkowane na leczenie lub rehabilitację

nie powinny być uwzględniane w katalogu.

- Interwencja jest ukierunkowana na zdrowe żywienie, aktywność fizyczną i powiązane z nimi wybrane aspekty zdrowia psychicznego.
- Interwencja została opracowana i realizowana w skali kraju lub regionu.
- Istnieje wystarczająco dużo dostępnych informacji o danej interwencji.

2.1.3 Krok 3. Wyszukiwanie odpowiednich interwencji i informacji o nich

Po ustaleniu i zdefiniowaniu kryteriów włączania interwencji do katalogu grupa robocza może rozpocząć wyszukiwanie informacji o odpowiednich interwencjach. Rodzaj potrzebnych informacji zależy od kryteriów zdefiniowanych w kroku 2, kategorii wyróżnionych w schemacie opisu (patrz krok 4) oraz wskaźników jakości (patrz rozdział 2.2).

Przy wyszukiwaniu odpowiednich interwencji można korzystać z różnych źródeł. Mogą to być, na przykład, internetowe bazy danych, publikacje czy informacje uzyskane w badaniach. Wiele krajów UE stworzyło krajowe bazy danych, które mogą być przeglądane przy pomocy wyszukiwarki. Przykładem mogą być bazy danych o żywieniu i aktywności (*peb*)⁹ oraz promocji zdrowia wśród osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w Niemczech, *I-database* w Holandii lub baza zdrowych szkół w Austrii. Przydatne mogą być także dane z literatury naukowej. Inne źródła to krajowe lub regionalne sieci szkół promujących zdrowie oraz krajowi koordynatorzy SHE, których można zaprosić do grupy roboczej albo poprosić o informacje o aktualnie dostępnych

interwencjach. Ponadto, można wyszukać organizacje działające w obszarze zdrowego żywienia i aktywności fizycznej oraz nawiązać z nimi kontakt, przeprowadzić wywiad na temat znanych im interwencji. Gdy dana interwencja została już wyszukana, warto skontaktować się bezpośrednio z jej autorem/organizatorem w celu uzyskania opisu interwencji oraz dodatkowych informacji, np. dotyczących ewaluacji.

2.1.4 Krok 4. Analiza i opis interwencji

Po stworzeniu pełnej listy interesujących nas interwencji należy zebrać szczegółowe, usystematyzowane informacje o każdej z nich i je przeanalizować. **Systematyzowanie** polega na doborze istotnych informacji oraz zapisaniu ich w takiej formie, aby mogły być użyte w przejrzystym i kompleksowym opisie interwencji. **Analiza** jest częścią oceny jakości, więc jej wyniki powinny być zawarte w opisie interwencji. Sposób przeprowadzenia oceny jakości interwencji szkolnej z zakresu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej opisano szczegółowo w rozdziale 2.2. Oceny jakości i opisu interwencji powinno dokonać co najmniej dwóch członków grupy roboczej. Zaletą takiego rozwiązania jest możliwość porównania wyników oceny jakości i opisu interwencji oraz przedyskutowania rozbieżności w tym zakresie. W celu dokonania porównania między różnymi interwencjami zawartymi w inwentarzu, należy skorzystać ze standardowego schematu do opisu interwencji. Zaproponowany niżej schemat opisu opracowano na podstawie innych, istniejących już schematów opisowych [15–17]. Zawiera on kategorie ważne i przydatne dla szkół oraz ich partnerów. W rozdziale 3 podano dwa przykłady zastosowania tego schematu opisu.

⁹ *PeB* — platforma żywienia i aktywności (*Platform Ernährung und Bewegung*).

Tabela 3. Schemat opisu szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Kategoria	Opis
1. Nazwa	Nazwa (tytuł) interwencji
2. Organizator/autorzy	Nazwa oraz krótki opis organizacji/institucji, która opracowała i wdraża interwencję, dane kontaktowe
3. Adresaci (grupa docelowa)	Informacje o grupie docelowej interwencji, w tym: wiek, poziom edukacji (klasa), płeć i cechy społeczno-ekonomiczne adresatów interwencji oraz grupy pośredniej (np. rodzice uczniów).
4. Cele	Dokładny opis celów interwencji. Czy ustalono cele krótko- i długoterminowe? Czy interwencja dotyczy profilaktyki specyficznych zachowań ryzykownych czy kształtowania umiejętności lub warunków wspierających zdrowe żywienie i aktywność fizyczną?
5. Zakres	Informacje o zakresie interwencji, jej poziomie i skali realizacji (klasa, cała szkoła, szersze środowisko szkolne).
6. Treści	Poza ogólnym przedstawieniem treści interwencji, należy dokładnie opisać jej poszczególne składowe. Mogą być one różnie skategoryzowane, np. jako ukierunkowane na poszczególnych uczniów, grupę uczniów w klasie, zmianę warunków środowiska itp.
7. Metody i środki dydaktyczne	Opis metod nauczania/uczenia się zastosowanych w interwencji, np. przekaz wiedzy, zajęcia aktywizujące i interaktywne w grupie, warsztaty, treningi itp. Ta kategoria obejmuje także informacje o wykorzystanych materiałach dydaktycznych (np. broszury, płyty DVD itp.).
8. Czas trwania	Informacje o czasie trwania całej interwencji, w tym czas trwania poszczególnych jej części/elementów/zajęć (włącznie z liczbą godzin zajęć w tygodniu) itp.
9. Realizacja programu	Informacje o kompetencjach osób realizujących program. Powinien być to opis wymaganych kwalifikacji oraz informacje o tym, czy do przeprowadzenia interwencji potrzebne jest specyficzne przygotowanie. Jeśli pewne etapy interwencji wymagają udziału osób o różnych kwalifikacjach i zawodach, należy również podać te informacje.
10. Szkolenie/podręcznik	Informacje o tym, czy jest potrzebne i/lub jest szkolenie nauczycieli/realizatorów programu. Na jakich zasadach, dla kogo i jak często szkolenie będzie przeprowadzane? Czy dostępny jest podręcznik/poradnik do realizacji programu?
11. Koszty interwencji	Informacje o całkowitym koszcie realizacji interwencji, szczególnie informacje o wydatkach szkół, w tym opis kosztów osobowych (wynagrodzeń) i innych kosztów (np. szkoleń, materiałów), a także informacje o kosztach poniesionych w czasie przygotowania interwencji itp.
12. Ewaluacja	Informacje dotyczące ewaluacji procesu i efektów interwencji. Jaki rodzaj ewaluacji przeprowadzono (ewaluacja procesu, ewaluacja efektów działań, skuteczności itp.)? Czy efekty są udokumentowane w odniesieniu do promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?

13. Ocena jakości	W tej kategorii można zamieścić ocenę jakości interwencji na podstawie wyników otrzymanych przy pomocy listy jakości HEPS. Oprócz wyników oceny jakości w czterech wymiarach, należy podać także informację o ogólnej jakości interwencji i wskazać jej mocne i słabe strony. Można również zarekomendować daną interwencję jeśli jest ona przykładem dobrej praktyki.
14. Inne informacje	Inne przydatne informacje o interwencji nie zawarte w podanych wyżej kategoriach (np. literatura).

2.1.5 Krok 5. Weryfikacja opisu interwencji i przekazywanie informacji zwrotnych

W ostatnim kroku, organizator/autor interwencji powinien być poinformowany, że jego interwencja została włączona do katalogu. Należy poprosić organizatorów o sprawdzenie poprawności opisu oraz uzupełnienie ewentualnych braków. Zmniejsza się w ten sposób prawdopodobieństwo popełnienia błędów oraz umożliwia zaangażowanie się organizatora/autora danej interwencji w proces tworzenia katalogu.

Każdy organizator/autor, którego interwencja znalazła się w katalogu, powinien uzyskać informację zwrotną o wynikach oceny jej jakości. Jak podkreślono w rozdziale 1, opracowanie „Katalog i narzędzie HEPS” jest instrumentem służącym zapewnieniu jakości interwencji (patrz model jakości HEPS). Dokonanie oceny jakości jest podstawą do podjęcia działań mających na celu jej poprawę [11] i dlatego organizator interwencji powinien otrzymać informacje zwrotne. Każda informacja zwrotna powinna zawierać dane o głównych wynikach oceny w każdym wymiarze jakości, jak również opis mocnych i słabych stron interwencji. Im bardziej szczegółowy jest opis, zwłaszcza odnoszący się do słabych stron, tym łatwiej organizator będzie mógł go wykorzystać do poprawy jakości interwencji. Dobrym sposobem przedstawienia wyników oceny jakości danej interwencji jest zestawienie ich z wynikami pozostałych interwencji

ocenianych w tym samym czasie. Takie porównania (*benchmark*) można zastosować dla wszystkich wymiarów jakości (konceptcja, struktura, proces, efekty działań) lub też dla każdego kryterium z listy jakości HEPS (patrz rozdział 2.2). Wraz z informacją zwrotną o słabych stronach interwencji, można również opisać działania, które należy podjąć w celu poprawy jej jakości.

2.1.6 Krok 6. Upowszechnianie katalogu

Po dokonaniu opisu każdej z interwencji katalog jest gotowy do publikacji. Jeśli to możliwe, należy zlikwidować lub zminimalizować wszelkie bariery w dostępie do katalogu potencjalnym odbiorcom (np. szkołom, partnerom). Na przykład ostateczna wersja katalogu powinna być dostępna nieodpłatnie lub za niewielką opłatą. Ponadto, warto rozpowszechnić uzyskane wyniki stosując różne strategie docierania do różnych grup odbiorców: np. prezentacja i dystrybucja katalogu na zorganizowanej w tym celu konferencji. Kopię katalogu można też wysłać do krajowych lub regionalnych partnerów działających w obszarze promocji zdrowia w szkole i/lub wspierających szkoły w promowaniu zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Partnerzy są także grupą docelową i sami również mogą upowszechniać katalog. W rozpowszechnieniu katalogu można także wykorzystać internet, zamieszczając go na różnych stronach internetowych związanych z edukacją i zdrowiem, z których korzystają szkoły i partnerzy. Można także opracować biuletyn zawierający informacje o katalogu

lub zamieścić je w odpowiednich bazach danych (patrz krok 3). W przypadku, gdy nie istnieją regionalne lub krajowe bazy danych, opracowanie katalogu szkolnych interwencji jest dobrym powodem do stworzenia takiej bazy.

2.1.7 Krok 7. Regularne uaktualnianie katalogu

Zapewnianie jakości, jak wynika to z przedstawionego na ryc. 1 cyklicznego modelu, jest ciągłym procesem oceny i poprawy jakości. Niezbędne jest zatem dokonywanie okresowego przeglądu i oceny sytuacji podczas realizacji interwencji. Dzięki temu, można porównać jakość tej samej interwencji przeprowadzanej w różnym czasie i sprawdzać, czy nastąpiła poprawa. Biorąc pod uwagę rosnące znaczenie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, należy się również spodziewać w najbliższych latach wzrostu liczby szkolnych interwencji w tych obszarach. Dlatego niezbędna jest regularna aktualizacja katalogu tych interwencji.

2.2 LISTA JAKOŚCI HEPS

Lista jakości HEPS stanowi główną część omawianego narzędzia. Zawiera ona zbiór kryteriów i wskaźników umożliwiających ocenę jakości dostępnych szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Lista ta może być również podstawą do tworzenia nowych szkolnych interwencji. Zawarte w liście kryteria i wskaźniki opracowano na podstawie analizy istniejących narzędzi do mierzenia jakości w dziedzinie promocji zdrowia i profilaktyki [18–24] oraz wyników badań naukowych i doświadczeń związanych ze zdrowym żywieniem i aktywnością fizyczną w szkołach [25–37]. Dla każdego wymiaru zawartego w modelu jakości HEPS (patrz rozdział 1.3), wyróżniono odpowiednie kryteria oceny i zestaw wskaźników do ich oceny. **Wskaźnik** można zdefiniować jako „specjalnie dobrany miernik, za pomocą

którego można określić, czy jakość jest dobra lub zła” [10]. Lista wskaźników jakości HEPS została sprawdzona w pre-teście przez regionalnych i krajowych partnerów z sektora promocji zdrowia i edukacji w wybranych krajach członkowskich UE. Listę wskaźników jakości HEPS i ich opis zamieszczono w Aneksie 1. Niżej podano wskazówki, jak korzystać z tej listy.

2.2.1 Ocena interwencji — procedura ogólna

Lista jakości HEPS składa się z 37 wskaźników podzielonych na 10 kryteriów i 4 wymiary jakości. Zawarte w niej wskaźniki są istotne zarówno dla sektora zdrowia, jak i edukacji. Biorąc pod uwagę model jakości HEPS (patrz rozdział 1.3) listę tę można wykorzystywać w ocenie jakości we wszystkich fazach interwencji (planowanie, realizacja i ewaluacja).

Generalnie, ocena jakości zawsze odnosi się do tego, jak szkolna interwencja została zaplanowana i opracowana przez organizatora, a nie do sposobu jej realizacji w szkole. Mając na uwadze to, że lista jakości HEPS jest narzędziem ewaluacyjnym, **ocena jakości interwencji musi być dokonana na podstawie opublikowanych lub nieopublikowanych informacji uzyskanych od jej organizatora, a nie na podstawie doświadczeń szkoły.**

Zasoby wykorzystywane w dokonywaniu oceny jakości

Podstawowymi zasobami wykorzystywanymi w dokonywaniu oceny jakości są opublikowane materiały, takie jak poradniki, książki i artykuły naukowe dotyczące ewaluacji lub modelu teoretycznego stanowiącego podstawę danej interwencji. W ocenie jakości, można wykorzystać także wyniki innych zewnętrznych ewaluacji. Jeśli brakuje informacji, można poprosić organizatora o dostarczenie dodatkowych materiałów, takich jak niepublikowane raporty, studia przypadku, poradniki itp. **W procesie oce-**

niania, nie należy wykorzystywać informacji, które są niedostępne na piśmie (patrz 2.2.3).

Oceniający

Jak wspomniano w rozdziale 2.1.4, zaleca się, aby oceny jakości dokonywały niezależnie od siebie co najmniej dwie osoby. Stwarza to możliwość porównania wyników oceny, przedyskutowania i wyjaśnienia rozbieżności. Osoby te powinny posiadać wiedzę dotyczącą promocji zdrowia i profilaktyki, a w szczególności promocji zdrowia w szkole. Proponowaną listę wskaźników jakości opracowano dla potrzeb szkoły. Optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdyby każda szkolna interwencja była oceniona przez eksperta z sektora edukacji i z sektora zdrowia [18]. Umożliwia to wzięcie pod uwagę sytuacji i potrzeb edukacyjnych. W przypadku, gdy dokonanie tej oceny powierza się osobie o małym doświadczeniu należy zapewnić jej odpowiednie przygotowanie przez eksperta.

Wsparcie w dokonywaniu oceny

Dla ułatwienia korzystania z listy jakości HEPS i zrozumienia istoty wskaźników każdy z nich został szczegółowo opisany (patrz Aneks 1). Przed rozpoczęciem oceny należy dokładnie zapoznać się z tymi opisami. Na liście jakości HEPS, przy każdym wskaźniku, podano numer strony, na której jest on opisany. W Aneksie 2 znajduje się słownik ważniejszych terminów używanych w liście jakości.

Czas potrzebny do dokonania oceny

Ilość czasu potrzebnego do dokonania oceny danej interwencji z wykorzystaniem listy jakości zależy od takich czynników, jak: zakres interwencji, dostępność informacji, umiejętności i doświadczenie osoby oceniającej. Wyniki pre-testu wskazują, że czas oceny interwencji jest bardzo zróżnicowany. Jeśli oceniający ma odpowiednie doświadczenie czas korzystania z listy jakości HEPS jest krótszy.

2.2.2 Wylizanie i interpretacja wskaźników oraz wymiarów jakości

W liście jakości HEPS przyjęto trzy stopnie osiągnięcia każdego wskaźnika: tak, częściowo, nie, którym przypisuje się odpowiednią liczbę punktów. Odpowiedź:

Tak (2 punkty) — oznacza, że wskaźnik „osiągnięto w pełni”.

Częściowo (1 punkt) — oznacza „w pewnym stopniu tak, w pewnym stopniu nie”.

Nie (0 punktów) — oznacza „nie osiągnięto” danego wskaźnika.

W przypadku, gdy nie można ocenić danego wskaźnika z powodu braku informacji przyznaje się odpowiedź „Nie” (0 punktów). Po zakończeniu oceny wszystkich wskaźników w każdym z czterech wymiarów dodaje się liczbę punktów i suma ta oznacza **punktację ogólną** dla danego wymiaru. Następnie wartość tę porównuje się z danymi w tabeli znajdującej się na końcu każdego wymiaru. W wyniku tego porównania dla każdego wymiaru określa się **punktację końcową** (prawa kolumna), w której: 2 punkty to jakość wysoka, 1 punkt — jakość przeciętna, 0 — jakość niska.

Kolejnym krokiem jest **podsumowanie** wyników oceny jakości interwencji (s. 35). Należy dodać punktację końcową wszystkich czterech wymiarów. Suma ich stanowi **łączną punktację końcową**. Uzyskane dane porównuje się z tabelą ogólnej ewaluacji jakości interwencji, zamieszczoną na końcu listy wskaźników. Pozwala to określić wynik oceny jako: interwencja o wysokiej jakości, interwencja o przeciętnej jakości lub interwencja o niskiej jakości.

W interpretacji jakości szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej należy brać pod uwagę wyniki łącznej punktacji końcowej oraz punktacji końcowej poszczególnych wymiarów. Daje to szerszy obraz, pozwala

na identyfikację mocnych i słabych stron interwencji.

Dodatkowym sposobem przedstawienia wyników oceny jakości interwencji, jak wspomniano w rozdziale 2.1.5, jest porównanie wyniku oceny danej interwencji z oceną innych interwencji. Zestawienie (*benchmarking*) to umożliwi identyfikację obszarów, które wymagają poprawy. Po dokonaniu oceny jakości wszystkich szkolnych interwencji dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej jej wyniki (punktacja) mogą być wprowadzone do bazy danych. Można wyliczyć średnią liczbę punktów i na tej podstawie zakwalifikować poszczególne interwencje do grupy powyżej średniej i poniżej średniej. Przy tej procedurze należy zwrócić uwagę czy interwencje mogą być porównywane, tzn. charakteryzują je zbliżone cechy np. typ szkoły, zakres, poziom wdrożenia itd.

2.2.3 Trudności i sposoby ich przewycięzania

Lista jakości HEPS ma pomóc jej użytkownikom w dokonywaniu oceny jakości szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Jednakże w jej wykorzystywaniu mogą pojawić się pewne trudności. Niżej wymieniono niektóre potencjalne trudności i zaproponowano sposoby ich przewycięzania.

Zbieranie informacji

Dla dokonania oceny jakości szkolnych interwencji należy zebrać wiele informacji takich jak: publikowane materiały, podręczniki oraz inne niepublikowane informacje. W przypadku niektórych wskaźników zebranie odpowiednich informacji może być bardzo trudne ze względu na ograniczony lub niemożliwy dostęp do materiałów niepublikowanych. Aby upewnić się, czy materiały są dostępne należy, na samym początku zaprosić organizatora interwencji do procesu oceny jej jakości. Należy przestrzegać

zasady **nie wykorzystywania w ocenie informacji niezapisanych** (np. ustnej informacji organizatora interwencji). Jest to uzasadnione tym, że skoro materiały nie są dostępne dla oceniającego, nie mogą z nich korzystać również realizatorzy interwencji. Takie interwencje nie spełniają żadnych kryteriów jakości.

Kwalifikacje osoby dokonującej oceny

Kolejną bardzo ważną sprawą są kwalifikacje — wiedza i umiejętności osoby, która posługuje się listą jakości HEPS. Osoby nie posiadające doświadczeń w tym zakresie powinny odbyć szkolenie przed rozpoczęciem pracy nad oceną jakości interwencji. Ważne jest także, aby ocena była obiektywna. Oceniający nie może być poddany działaniu jakichkolwiek czynników, które mogą wpływać na wynik oceny. Np. oceniającym nie może być osoba, która uczestniczyła w planowaniu i opracowywaniu interwencji.

Kiedy należy brać pod uwagę typ interwencji

Założono, że wszystkie wskaźniki zawarte w liście jakości HEPS są właściwe i specyficzne dla oceny wszystkich istniejących szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Może się jednak zdarzyć, że z różnych powodów, niektóre wskaźniki będą bardziej niż inne przydatne w ocenie niektórych typów interwencji. Mimo, że istnieje wiele interwencji w obszarze promocji zdrowia [19, 22] lista jakości HEPS jest dostosowana tylko do dwóch typów. Pierwszy typ to interwencje opracowane, wdrożone i poddane ewaluacji; w ich ocenie można wykorzystać wszystkie wskaźniki. Drugi typ to interwencje już wdrożone, ale nie dokonano jeszcze ich ewaluacji. W tym przypadku nie można wykorzystać wskaźników z czwartego wymiaru (jakość efektów). Nie zawsze oznacza to, że interwencje bez ewaluacji są niskiej jakości, lecz w pierwszej kolejności należy ograniczyć się do trzech pierwszych wymiarów jakości. Taka sytuacja zdarza się

najczęściej w interwencjach na poziomie regionalnym o małym zasięgu i ograniczonych środkach dla dokonania wszechstronnej ewaluacji wyników. Należy podkreślić, że każdy wymiar jest przydatny dla ogólnej jakości interwencji, ale gdy jej ewaluacji nie dokonuje się przez długi okres, wpływa to na obniżenie poziomu jej jakości. Listy jakości HEPS nie należy wykorzystywać w ocenie interwencji, które są dopiero w fazie opracowywania.

Zastosowanie listy jakości na różnych poziomach

Adresatami (grupą docelową) „Katalogu i narzędzia HEPS” są osoby (partnerzy) na poziomie krajowym i regionalnym. Sprawdzono, że lista jakości HEPS jest najbardziej przydatna dla interwencji wdrażanych na poziomie krajowym, ale wstępne wyniki badań wykazały jej przydatność także na poziomie regionalnym. Przydatność tej listy na poziomie szkolnym może być niewielka ze względu na mały zasięg interwencji oraz zwykle ograniczone środki. Istnieje potrzeba

dostosowania w przyszłości listy jakości HEPS do użytku na poziomie szkoły.

Wartość informacji

Lista jakości HEPS została opracowana na podstawie wyników badań (dowodów) i praktycznych doświadczeń w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w środowisku szkolnym. Lista ta, jej kryteria i wskaźniki, są zgodne z wymaganiami i standardami opracowanymi przez ekspertów [patrz 1.1]. Jednakże listę i uzyskane za jej pomocą wyniki należy traktować jako podstawę i źródło inspiracji do poprawy jakości. Nie można automatycznie przyjąć, że interwencja o wysokiej jakości ma dużą wartość dla danej szkoły i odwrotnie interwencja o niskiej jakości ma małą wartość. Znaczenie każdej interwencji dla szkoły zależy od jej warunków i specyficznych potrzeb. Dlatego zaleca się włączenie do katalogu interwencji o wysokiej, przeciętnej i niskiej jakości. Umożliwi to szkołom wybór interwencji, które najlepiej pasują do ich specyficznych potrzeb.

■ ROZDZIAŁ 3

WYKORZYSTANIE KATALOGU I NARZĘDZIA HEPS W PRAKTYCE — DWA PRZYKŁADY

W rozdziale tym przedstawiono wykorzystanie w praktyce narzędzia HEPS na przykładzie dwóch szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: „Zdrowie dzieci — próba interwencji” (*CHILT — Children’s Health Interventional Trial*) — realizowana w Niemczech oraz „Wzrastanie w okresie dojrzewania” (*Growing through Adolescence*) — realizowana w Szkocji. Dokonano oceny tych programów z wykorzystaniem listy jakości HEPS i procedury opisanej w części 2.1.4. Niżej opisano wyniki tej oceny.

3.1 „ZDROWIE DZIECI — PRÓBA INTERWENCJI” (*CHILT*) — NIEMCY

„Zdrowie dzieci — próba interwencji” jest interwencją realizowaną w Niemczech. Składa się ona z trzech części: *CHILT-I* – zdrowe żywienie i aktywność fizyczna dotyczy

uniwersalnej profilaktyki/promocji zdrowia; *CHILT-II* — jest adresowana do dzieci z ryzykiem nadwagi oraz dzieci, u których wartość BMI jest powyżej 90 centyla; *CHILT-III* — profilaktyka/leczenie otyłości. Ocena jakości dotyczy części pierwszej (*CHILT-I*), adresowanej do wszystkich uczniów szkół podstawowych. W ocenie interwencji *CHILT-I* wykorzystano dostępne podręczniki, książki i artykuły, a także materiały zamieszczone w internecie. W pierwszym etapie oceny posłużono się standardowym schematem katalogu HEPS (patrz 2.1.4). Następnie poinformowano o dokonywaniu tej oceny organizatora interwencji i poproszono go o przekazanie dodatkowych materiałów do wykorzystania przy ocenie jakości. Posługując się otrzymanymi materiałami dokonano ponownej oceny i modyfikacji opisu interwencji. W końcowym etapie poproszono organizatora o sprawdzenie tego opisu. Wyniki tej oceny i opis przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Opis interwencji „Zdrowie dzieci — próba interwencji” (*CHILT-I*)

Tytuł	Program <i>CHILT</i> „Zdrowie dzieci — próba interwencji”
Organizator	German Sport University Cologne Institute of Kinesiology and Neurosciences Division III — Activity and health promotion Am Sportpark Müngersdorf 6 509333 Köln E-mail: chilt@dshs-koel.de http://www.chilt.de
Adresaci (grupa docelowa)	<i>CHILT</i> jest adresowany do dzieci ze szkół podstawowych (klasy 1–4). <i>CHILT-I</i> dotyczy profilaktyki pierwszorzędowej (uniwersalnej) i jest adresowany do wszystkich dzieci w tych szkołach, także tych, które nie są zagrożone nadwagą ¹⁰ . <i>CHILT-II</i> — jest adresowany do dzieci z ryzykiem nadwagi oraz dzieci, u których wartość BMI jest powyżej 90 centyla. <i>CHILT-III</i> — jest przeznaczony dla dzieci otyłych (BMI równe lub większe od 97 centyla) i nie jest realizowany w szkołach.

¹⁰ Zawarty w tabeli opis dotyczy *CHILT – I*.

Cele	Ogólnym celem projektu <i>CHILFI</i> jest promowanie zdrowia i aktywności fizycznej w formie zabawy wśród uczniów szkół podstawowych. Dąży się w nim w szczególności do zwiększenia ogólnego wydatkowania energii przez aktywność fizyczną w czasie lekcji i przerw, optymalizację lekcji wychowania fizycznego oraz zwiększenie wiedzy uczniów o zdrowiu. Celem projektu jest także zapobieganie nadwadze u uczniów.
Zakres	Projekt jest realizowany na poziomie klasy i w środowisku szkolnym. Podstawowym zadaniem jest prowadzenie przez nauczycieli w klasach lekcji edukacji zdrowotnej. Uczniów zachęca się do zwiększania aktywności fizycznej w czasie pobytu w szkole, zwłaszcza podczas przerw, korzystania ze sprzętów i urządzeń do zabaw ruchowych, takich jak skakanki, piłki, ściany do wspinania się itd.
Treści	<p><u>W klasach</u> — lekcje edukacji zdrowotnej na temat zdrowego żywienia i aktywności fizycznej oraz aktywnego spędzania przerw.</p> <p><u>W środowisku szkolnym</u> — promocja aktywności fizycznej w czasie wolnym i podczas przerw.</p> <p>Lekcje edukacji zdrowotnej prowadzone są przez nauczycieli jeden raz w tygodniu (czas trwania ok. 30 min.). Codziennie, w czasie lekcji w godzinach porannych, co najmniej jedna przerwa (5 min.) jest przeznaczona na aktywność fizyczną. Nauczycieli prosi się o organizowanie atrakcyjnych dla dzieci zajęć ruchowych w czasie przerw międzylekcyjnych. Organizuje się wstępne szkolenie dla nauczycieli, po którym otrzymują materiały instruktażowe do prowadzenia lekcji edukacji zdrowotnej oraz promocji aktywności fizycznej w czasie pobytu uczniów w szkole. W czasie lekcji edukacji zdrowotnej realizowane są następujące zagadnienia: podstawy biologiczne (13 lekcji), żywienie (13 lekcji), aspekty psychospołeczne (16 lekcji), higiena (9 lekcji), przepisy kulinarne (6 lekcji) i inne. Materiały dla nauczycieli zawierają łącznie scenariusze 106 lekcji.</p> <p>W celu tworzenia uczniom warunków i możliwości do zwiększenia aktywności fizycznej w czasie pobytu w szkole (w czasie przerw i lekcji wychowania fizycznego) opracowano materiały instruktażowe dla nauczycieli. Zawierają one wskazówki dotyczące: ćwiczeń mięśni grzbietu (12 ćwiczeń), lekcji wychowania fizycznego, ćwiczeń wzmacniających koordynację (6), siłę (6), wytrzymałość (7), ćwiczeń akrobatycznych (2), rytmicznych i tańca (3), pływania (3), współpracy i rywalizacji (4), zabaw ruchowych (20), materiały instruktażowe dotyczące aktywności fizycznej w czasie przerw zawierają ćwiczenia relaksacyjne (32) oraz ruchowe (26), podzielone na grupy w zależności od tego, w jakim miejscu w szkole są one wykonywane. Włączono do nich także przykłady zajęć ruchowych na terenie szkoły oraz test sprawności fizycznej wraz z instrukcją. Dzięki pomocy innych partnerów i sponsorów opracowano 13 gier ruchowych, które mogą być wykorzystane lub adaptowane do warunków szkoły. Wszystkie materiały są dostępne dla nauczycieli różnych przedmiotów.</p>

<p>Metody i środki dydaktyczne</p>	<p>Wszystkie zaproponowane metody są dynamiczne i cechuje je duża różnorodność np. dyskusje w grupie, gry ruchowe, przepisy kulinarne, ćwiczenia w małych grupach itd. Do każdej lekcji edukacji zdrowotnej dodano scenariusze zajęć. Wszystkie mają jednolitą strukturę i zawierają takie elementy jak: cele, materiały i pomoce, sposób aranżacji przestrzeni (np. ustawienie krzeseł w kręgu), sposób realizacji (czas trwania zajęć, wskazówki metodyczne), arkusze dla uczniów, wykaz piśmiennictwa. Wszystkie materiały projektu <i>CHILFI</i> są opublikowane w dwóch podręcznikach, do których dołączona jest również płyta CD. Nauczyciele mogą wykorzystywać te materiały w sposób elastyczny, w zależności od wieku i potrzeb uczniów oraz szkoły. Mogą także posługiwać się w czasie lekcji innymi materiałami, włączając ich elementy do prowadzonych lekcji. Podręczniki zawierają wiele odnośników do innych istniejących publikacji.</p>
<p>Czas trwania</p>	<p>Wszystkie materiały można wykorzystywać w czasie kolejnych lat nauki w szkole podstawowej. Założony czas realizacji projektu <i>CHILFI</i> wynosi 4 lata. W każdym roku przewiduje się jedną lekcję edukacji zdrowotnej w tygodniu (każda 20–30 min.) oraz codzienne 5 minutowe przerwy na ćwiczenia fizyczne w czasie porannych lekcji.</p>
<p>Realizacja programu</p>	<p>Realizatorami projektu <i>CHILFI</i> są nauczyciele szkół podstawowych. Przed podjęciem jego realizacji powinni oni uczestniczyć w podstawowym szkoleniu. Nie podano informacji, jakie powinny być kwalifikacje realizatorów programu.</p>
<p>Szkolenie/ podręcznik</p>	<p>Przed rozpoczęciem realizacji projektu jego organizator oferuje nauczycielom podstawowe szkolenie. Ma ono trzy cele: 1) uświadomienie nauczycielom znaczenia prozdrowotnego stylu życia; 2) pomoc w prowadzeniu edukacji zdrowotnej i zajęć ruchowych w czasie pobytu uczniów w szkole; 3) kształtowanie umiejętności zwiększania ogólnej aktywności fizycznej i wykorzystania różnych jej form. Uzupełnieniem podstawowego szkolenia są warsztaty organizowane w trakcie realizacji programu dotyczące wybranych zagadnień. Udział w nich jest dobrowolny. Nauczyciele mają do dyspozycji pełen komplet materiałów.</p>
<p>Koszty interwencji</p>	<p>Koszt podstawowego szkolenia nauczycieli wynosi ok. 200 Euro/osoba. Koszt każdego z dwóch podręczników zawierających pełen komplet materiałów wynosi 35 Euro. Nie ma informacji o dodatkowych kosztach.</p>
<p>Ewaluacja</p>	<p>W okresie 4 lat realizacji programu w poszczególnych szkołach liczba lekcji edukacji zdrowotnej wahała się od jednej lekcji w semestrze do dwóch lekcji w tygodniu, a częstotliwość przerw przeznaczonych na aktywność fizyczną od dwóch razy w tygodniu do trzech razy przed południem. Wpływ realizacji projektu <i>CHILFI</i> na zmiany częstości nadwagi oraz sprawności fizycznej uczniów badano w 12 szkołach, które go realizowały i w 5 szkołach kontrolnych. Stwierdzono, że realizacja programu nie miała wpływu na zmniejszenie częstości występowania u uczniów nadwagi. Okazało się jednak, że w dwóch szkołach, które były bardzo zaangażowane w realizację programu zredukowano wzrost wskaźnika BMI u uczniów. W szkołach, w których wdrożono interwencję, uczniowie osiągnęli lepsze wyniki w testach wytrzymałości i koordynacji, ale różnice, w porównaniu do dzieci ze szkół kontrolnych, nie były istotne statystycznie. U uczniów poddanych interwencji stwierdzono zdecydowaną poprawę w wynikach testów równowagi i skokach. W ewaluacji nie badano zmian wiedzy i zachowań zdrowotnych uczniów.</p>

<p>Ocena jakości¹¹</p>	<p>W wyniku zastosowania listy jakości HEPS projekt <i>CHILT-I</i> uzyskał łącznie 54 punkty na 74. Na trzy punktowej skali (jakość wysoka, przeciętna, niska) wynik ten oznacza wysoką jakość. Biorąc pod uwagę cztery wymiary w liście jakości HEPS wynik był następujący:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jakość koncepcji — 28/34 punkty (jakość wysoka) • jakość struktury — 10/14 punktów (jakość wysoka) • jakość procesu — 6/12 punktów (jakość przeciętna) • jakość efektów — 6/14 punktów (jakość przeciętna) <p>Wyniki te wskazują, że mocną stroną w jakości <i>CHILT-I</i> jest koncepcja i struktura, słabszą proces i efekty. Na wysoką jakość koncepcji wpłynęły: diagnoza potrzeb, wykorzystanie teorii naukowej, precyzyjne sformułowanie celów i określona grupa adresatów. Interwencja dotyczyła wszystkich poziomów klas i środowiska szkolnego; zastosowano w niej holistyczne podejście do zdrowia. Niedostateczne było włączenie rodziców oraz powiązanie interwencji z celami edukacyjnymi szkoły. Wysoka jakość struktury związana była z opracowaniem dwóch poradników dla nauczycieli zawierających wiele propozycji ćwiczeń i zajęć. Nauczycielom zaoferowano szkolenie, choć w planie nie określono wyraźnie, że jest ono obowiązkowe. Nie przewidywano i nie zapisano także strategii włączania do realizacji interwencji partnerów spoza szkoły. Nie są dostępne informacje, w jaki sposób organizator interwencji będzie monitorował realizację projektu. W przypadku jakości efektów zastosowano standardowe metody ewaluacji. Podano niewiele informacji o wpływie interwencji na efekty nauczania oraz o jej wydajności.</p>
<p>Inne informacje</p>	<p><u>Publikowane materiały <i>CHILT-I</i>:</u></p> <p>Graf C., Koch B., Dordel S. (2008) CHILT-G Gesundheitsförderung (CHILT-G Health Promotion). Dortmund: Verlag moderns Lernen.</p> <p>Dordel S., Koch B., Graf C. (2008) CILT-B Bewegungsförderung (CHILT-B Activity Promotion), Dortmund: Verlag moderns Lernen.</p> <p><u>Wybrane publikacje naukowe:</u></p> <p>Graf C., Koch, B., Falkowski G., Jouck S., Christ H., Stauenmaier S., Tokarski W., Gerber A., Predel H.G., Dordel S. (2008) School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years, <i>Journal of Sports Science</i>, 10, 987–994.</p> <p>Graf C., Tokarski W., Predel H.G., Koch B., Dordel S. (2006) Overweight and obesity in childhood — how can physical activity help? <i>Physical Education and Sport</i> 50, 54–59.</p> <p>Graf C., Koch, B., Falkowski G., Jouck S., Christ H., Stauenmaier S., Bjarnason-Wehrens B., Tokarski W., Dordel S., Predel H.G., (2005) Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project). <i>Journal of Sport Science and Medicine</i>, 4, 291–299.</p>

¹¹ W badaniu jakości ściśle przestrzegano ustalonych kryteriów. W przypadku braku informacji do oceny danego wskaźnika wynik interpretowano jako brak jakości.

3.2 „WZRASTANIE W OKRESIE DOJRZEWANIA” — SZKOCJA

Tabela 5. Opis programu „Wzrastanie w okresie dojrzewania”

Tytuł	Wzrastanie w okresie dojrzewania
Organizator	NHS Health Scotland Elphinstone House Glasgow G2 2AF
Adresaci (grupa docelowa)	Program przeznaczony jest dla <u>edukatorów — osób prowadzących szkolenia nauczycieli</u> ostatnich klas szkół podstawowych i gimnazjów ¹² . Adresaci (grupa docelowa) może być definiowana w dwojaki sposób. Są nimi nauczyciele, dla których program jest elementem ustawicznego doskonalenia zawodowego, a także dzieci i młodzież, z którymi pracują przeszkoleni nauczyciele. Wyniki ewaluacji wskazują, że szkolenie to przynosi korzyści dla całego personelu szkoły oraz jej partnerów np. trenerów sportowych, pracowników cateringu.
Cele	„Wzrastanie w okresie dojrzewania” (WOD) opracowano dla zaspokojenia potrzeby posiadania wszechstronnego materiału do prowadzenia ustawicznego doskonalenia zawodowego nauczycieli i innych pracowników szkoły w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Głównym jego celem jest umożliwienie nauczycielom rozwijania umiejętności, które w efekcie zwiększą ich kompetencje i pewność siebie w zakresie rozwiązywania różnorodnych problemów młodych ludzi i ich wyborów dotyczących żywienia, z uwzględnieniem podejścia szkoły promującej zdrowie. Każdy element szkolenia i ćwiczenia mają jasno określone cele. Powinny być one realistyczne i osiągalne, zwłaszcza gdy szkolenie jest prowadzone przez doświadczonych edukatorów.
Zakres	W programie zaadaptowano psychospołeczny model zdrowia i całościowe podejście do zdrowego żywienia w szkole. Wykorzystano aktualną, popartą dowodami wiedzę o zdrowym żywieniu młodych ludzi z uwzględnieniem wielu aspektów zdrowia — fizycznego, społecznego, psychicznego i emocjonalnego. Program może być wykorzystywany na różnych poziomach — regionalnym, szkolnym. Nie jest przeznaczony do pracy z uczniami w klasie.
Treści	Książka pierwsza zawiera podstawowe informacje i dowody (fakty naukowe). Książka druga zawiera materiały szkoleniowe i ćwiczenia. Ulotki (arkusze) informacyjne (Factsheets). W europejskiej wersji programu WOD dwie książki połączono w jedną.
Metody	Książka pierwsza zawiera podstawowe informacje dotyczące żywienia i zapotrzebowania na energię zgodne z wymaganiami żywieniowymi obowiązującymi w Wielkiej Brytanii. Książka druga zawiera zestaw ćwiczeń aktywizujących i interaktywnych ułatwiających uczestniczące uczenie się. Ulotki informacyjne mają jednolitą strukturę i są przydatne w czasie szkolenia. W planowaniu i przygotowaniu szkolenia ważne jest zwrócenie uwagi na wykorzystanie materiałów z obu książek. Wykorzystana w nich metodologia jest szczegółowo omówiona w części dotyczącej planowania i realizacji szkolenia.
Czas trwania	W materiałach nie określono dokładnie czasu trwania szkolenia. Sugeruje się organizację jednodniowych zajęć, ale możliwa jest duża elastyczność w tym zakresie — od 1 do 3 dni.
Realizacja programu	Realizacja programu jest możliwa dzięki szkoleniu i kontynuacji rozwoju zawodowego nauczycieli prowadzonej przez edukatorów pracujących w placówkach edukacji lub ochrony zdrowia. W materiałach szczegółowo opisano zasady planowania i organizacji szkolenia.

¹² W szkockim systemie edukacji są to szkoły *upper preliminary and lower secondary*, którym w Polsce odpowiadają ostatnie klasy szkoły podstawowej i gimnazjum.

Szkolenie/ podręcznik	Przed wydaniem materiałów zorganizowano szkolenia dla edukatorów na poziomie krajowym. Zakończyły się one sukcesem dlatego podobne szkolenia powtórzono na poziomie regionalnym. Do współpracy włączono różne organizacje oraz specjalistów na poziomie lokalnym.
Koszty interwencji	Uczestnicy szkolenia, otrzymywali wszystkie materiały bezpłatnie. Koszt materiałów wysyłanych poza Szkocję wynosi 50 funtów. Koszty uczestnictwa w szkoleniach pokrywało NHS Zdrowa Szkocja.
Ewaluacja	W ewaluacji skoncentrowano się na organizacji szkoleń, ocenie materiałów oraz wnioskach do dalszych działań. Proces ewaluacji programu WOD trwał od września do grudnia 2007 r. W metodologii uwzględniono: wywiady z partnerami, edukatorami, organizatorami i prowadzącymi szkolenia, obserwacje uczestniczące, badania wśród edukatorów, lokalnych partnerów oraz wywiady z partnerami strategicznymi na poziomie krajowym. Wyniki ewaluacji wykazały, że WOD jest innowacyjnym programem i wysoko oceniono również materiały. Stwierdzono, że: poziom jego upowszechnienia wśród lokalnych edukatorów był niski; istnieje pewne zamieszanie co do roli edukatorów i materiałów; lokalne partnerstwo/sieci odgrywają kluczową rolę dla osiągnięcia sukcesu w upowszechnianiu szkolenia; istnieje potrzeba powiązania programu z innymi materiałami, którymi dysponują nauczyciele. Wyniki z ewaluacji będą wykorzystane w przyszłości w dalszych pracach nad WOD. (www.healthscotland.com/documents/2409.aspx)
Ocena jakości	W wyniku zastosowania listy jakości HEPS projekt WOD uzyskał łącznie 51 punktów na ogólną liczbę 74. Na skali trzy punktowej (jakość wysoka, przeciętna, niska) wynik ten oznacza wysoką jakość. Biorąc pod uwagę cztery wymiary w liście jakości HEPS wynik był następujący: <ul style="list-style-type: none"> • jakość koncepcji — 31/34 punkty (jakość wysoka) • jakość struktury — 10/14 punktów (jakość wysoka) • jakość procesu — 4/12 punktów (jakość niska) • jakość efektów — 6/14 punktów (jakość przeciętna) Komentarz Według listy jakości HEPS program WOD uzyskał 51/74 punkty, co świadczy o jego wysokiej jakości. Program ten nie ma charakteru interwencji. Nie jest przeznaczony do pracy z uczniami w klasie, lecz do ustawicznego kształcenia nauczycieli. Uzyskał wysoką ocenę jakości koncepcji i struktury, a niższe w ocenie jakości procesu i efektów. Program ten uznano za model dobrej praktyki.
Inne informacje	W opracowaniu materiałów wykorzystano wyniki badań. Materiały te były testowane w ramach pre-pilotażu. Istnieje wersja szkocka i europejska. www.healthscotland.com/documents/2409.aspx NHS Health Scotland [2005] Growing through Adolescence. NHS Health Scotland, Edinburgh; www.euro.who.int/document/e87579.pdf NHS Health Scotland [2007] Evaluation of Growing through Adolescence. Resource and Associated Training for Teachers course. NHS Health Scotland, Edinburgh. www.healthscotland.com/documents/2409.aspx www.healthscotland.com

■ ANEKS 1

LISTA JAKOŚCI HEPS

Lista do oceny jakości szkolnych interwencji w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej

Przed rozpoczęciem oceny jakości interwencji przeczytaj uważnie instrukcję (patrz rozdział 2.2). Zapoznaj się także z opisem wskaźników oraz słownikiem podstawowych terminów (Aneks 2).

Tytuł interwencji:

Oceniający:

Imię i nazwisko:

Organizacja:

E-mail:

Data oceny:

Wymiar jakości 1: Jakość koncepcji

(tak=2 punkty, częściowo=1 punkt, nie=0 punktów)

Wskaźniki	Strona	Punkty
1. Ocena i analiza		
1.1 Czy w opracowaniu interwencji wzięto pod uwagę diagnozę potrzeb (np. dane epidemiologiczne lub dane o osiągnięciach w uczeniu się)?	36	
1.2 Czy w opracowaniu interwencji wzięto pod uwagę warunki (cały kontekst) szkoły, w których będzie ona realizowana?	36	
2. Adresaci (grupa docelowa) i cele		
2.1 Czy jasno i specyficznie określono grupę docelową (adresatów)?	36	
2.2 Czy jasno i specyficznie określono cele?	37	
3. Zasady i podejście szkół promujących zdrowie		
3.1 Czy w interwencji wykorzystano pozytywną i całościową koncepcję zdrowia, która koncentruje się na budowaniu zasobów i umiejętności sprzyjających zdrowemu żywieniu i aktywności fizycznej?	37	
3.2 Czy w interwencji uwzględniono aktywne uczestnictwo wszystkich uczniów w szkole?	37	
3.3 Czy interwencja koncentruje się na indywidualnych/grupowych zachowaniach oraz warunkach szkoły, które mają wpływ na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną?	37	
3.4 Czy w interwencji uwzględniono całościowe podejście szkoły do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej (zajęcia w klasie, warunki szkoły oraz społeczność lokalna)?	38	
4. Planowanie interwencji		
4.1 Czy w interwencji wykorzystano dowody wynikające z badań naukowych?	38	
4.2 Czy w interwencji uczestniczą rodzice?	38	
4.3 Czy w interwencji uwzględniono różne komponenty, tzn. zdrowe żywienie i aktywność fizyczną?	38	
4.4 Czy w interwencji uwzględniono aspekty zdrowia psychicznego (np. obraz własnego ciała, poczucie własnej wartości, strategię radzenia sobie) powiązane z promocją zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?	39	
4.5 Czy interwencja jest powiązana z celami edukacyjnymi szkoły?	39	

4.6 Czy nauczyciele i inni pracownicy resortu edukacji zostali włączeni do opracowywania interwencji?	39	
4.7 Czy w określeniu czasu trwania i intensywności działań wzięto pod uwagę wyniki badań naukowych i dotychczasowe doświadczenia?	39	
4.8 Czy metody wykorzystane w interwencji są spójne z podejściem szkół promujących zdrowie?	40	
4.9 Czy metody i treści interwencji są dostosowane do adresatów (np. wieku, płci, grupy społecznej/ kulturowej)?	40	

Dodaj punkty ze wszystkich wskaźników. Suma ich tworzy punktację ogólną w tym wymiarze. Wpisz tę sumę punktów w tabeli niżej. Porównaj tę liczbę z zakresem punktów (kolumna lewa) i zakresł kółkiem punktację końcową (prawa kolumna).

Punktacja ogólna punktów		
Zakres punktów	Ocena	Punktacja końcowa
34 — 24	Koncepcja o wysokiej jakości	2
23 — 12	Koncepcja o przeciętnej jakości	1
11 — 0	Koncepcja o niskiej jakości	0

Wymiar jakości 2: Jakość struktury

(tak=2 punkty, częściowo=1 punkt, nie=0 punktów)

Wskaźniki	Strona	Punkty
5. Zasoby i kwalifikacje		
5.1 Czy koszty całej interwencji zostały dokładnie opisane?	40	
5.2 Czy są dostępne odpowiednie środki finansowe lub inne zasoby niezbędne dla osiągnięcia ustalonych celów?	40	
5.3 Czy określono dokładnie, jakie kompetencje (np. kwalifikacje, umiejętności) powinny posiadać realizatorzy interwencji?	41	
5.4 Czy są szkolenia dostępne dla zwiększenia kompetencji realizatorów?	41	
5.5 Czy jest dostępny podręcznik dla realizacji interwencji?	41	
6. Tworzenie sieci i współpraca		
6.1 Czy opisano strategie pozyskiwania odpowiednich partnerów spoza szkoły?	41	
6.2 Czy interwencja stymuluje stałą współpracę z organizacjami i grupami osób spoza szkoły?	42	

Dodaj punkty ze wszystkich wskaźników. Suma ich tworzy punktację ogólną w tym wymiarze. Wpisz tę sumę punktów w tabeli niżej. Porównaj tę liczbę z zakresem punktów (kolumna lewa) i zakreśl kółkiem punktację końcową (prawa kolumna).

Punktacja ogólna punktów		
Zakres punktów	Ocena	Punktacja końcowa
14 — 10	Struktura o wysokiej jakości	2
9 — 5	Struktura o przeciętnej jakości	1
4 — 0	Struktura o niskiej jakości	0

Wymiar jakości 3: Jakość procesu

(tak=2 punkty, częściowo=1 punkt, nie=0 punktów)

Wskaźniki	Strona	Punkty
7. Wdrożenie i realizacja		
7.1 Czy nauczyciele i uczniowie zostali włączeni do realizacji interwencji?	42	
7.2 Czy interwencja jest dostosowana do warunków i codziennej praktyki szkoły?	42	
7.3 Czy opisano wszystkie podstawowe składowe interwencji, w sposób, który ogranicza wprowadzanie zmian w stosunku do założeń (planu) interwencji?	42	
7.4 Czy zapewniono bieżące wsparcie (np. konsultacje/superwizje) dla realizatorów interwencji (np. nauczycieli)?	42	
8. Monitorowanie i kontrola		
8.1 Czy opisano metody ewaluacji procesu (np. zgodność realizacji z założeniami, satysfakcja uczestników, akceptacja)?	43	
8.2 Czy opisano strategię, w jaki sposób należy poprawiać realizację interwencji na podstawie wyników ewaluacji procesu?	43	

Dodaj punkty ze wszystkich wskaźników. Suma ich tworzy punktację ogólną w tym wymiarze. Wpisz tę sumę punktów w tabeli niżej. Porównaj tę liczbę z zakresem punktów (kolumna lewa) i zakresł kółkiem punktację końcową (prawa kolumna).

Punktacja ogólna punktów		
Zakres punktów	Ocena	Punktacja końcowa
12 — 9	Proces o wysokiej jakości	2
8 — 4	Proces o przeciętnej jakości	1
3 — 0	Proces o niskiej jakości	0

Wymiar jakości 4: Jakość efektów

(tak=2 punkty, częściowo=1 punkt, nie=0 punktów)

Wskaźniki	Strona	Punkty
9. Skuteczność		
9.1 Czy osiągnięto cele ustalone przy planowaniu interwencji?	44	
9.2 Czy interwencja miała korzystny wpływ na zdrowie zależny od zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?	44	
9.3 Czy są dowody, że korzystne dla zdrowia efekty interwencji utrzymują się przez co najmniej 6 miesięcy?	44	
9.4 Czy zastosowane metody i procedury ewaluacji są zgodne z standardami naukowymi?	44	
9.5 Czy interwencja miała pozytywny wpływ na edukację (np. uczenie się, osiągnięcia szkolne, klimat szkoły, absencję szkolną)?	44	
10. Wydajność		
10.1 Czy ogólny wkład pracy (koszty, czas) jest zrównoważony przez efekty interwencji?	44	
10.2 Czy koszty (np. czas przeznaczony na jej przygotowanie, wynagrodzenia personelu) dla szkoły/nauczycieli są zrównoważone przez korzyści z interwencji?	45	

Dodaj punkty ze wszystkich wskaźników. Suma ich tworzy punktację ogólną w tym wymiarze. Wpisz tę sumę punktów w tabeli niżej. Porównaj tę liczbę z zakresem punktów (kolumna lewa) i zakreśl kółkiem punktację końcową (prawa kolumna).

Punktacja ogólna punktów		
Zakres punktów	Ocena	Punktacja końcowa
14 — 10	Efekty o wysokiej jakości	2
9 — 5	Efekty o przeciętnej jakości	1
4 — 0	Efekty o niskiej jakości	0

Podsumowanie

W zamieszczonej niżej tabeli:

- w kolumnie środkowej wpisz punktację ogólną uzyskaną w poszczególnych wymiarach interwencji i porównaj z maksymalną liczbą punktów w danym wymiarze,
- w kolumnie prawej wpisz punktację końcową uzyskaną w poszczególnych wymiarach interwencji.

Wymiar jakości	Punktacja ogólna	Punktacja końcowa
Jakość koncepcji	...../34	.....
Jakość struktury	...../14	.....
Jakość procesu	...../12	.....
Jakość efektów	...../14	.....
Razem	...../74	.....

Wynik punktacji końcowej „razem” porównaj z przedziałem łącznej punktacji końcowej (lewa kolumna) i odczytaj ogólną ocenę jakości interwencji.

Łączna punktacja końcowa	Ogólna ocena jakości interwencji
8 — 6	Interwencja o wysokiej jakości
5 — 4	Interwencja o przeciętnej jakości
3 — 0	Interwencja o niskiej jakości

Opis wskaźników

Niżej podano krótki opis poszczególnych wskaźników, uwzględnionych w liście jakości HEPS. Przed dokonaniem oceny przeczytaj uważnie opis danego wskaźnika. Terminy, które zaznaczono w tekście kursywą opisano szerzej w słowniku terminów.

1. Jakość koncepcji

1.1 Czy w opracowaniu interwencji wzięto pod uwagę diagnozę potrzeb (np. dane epidemiologiczne lub dane o osiągnięciach w uczeniu się)¹³?

Punktem wyjścia do opracowywania *interwencji* jest dokonanie wszechstronnej analizy problemów występujących w danej populacji i ich skutków [9, 18, 19, 21, 39] na przykład zebranie danych epidemiologicznych o *częstości* (lub *zapadalności*) występowania *nadwagi* i otyłości, niedostatków aktywności fizycznej oraz związanych z tym zaburzeń u dzieci i młodzieży. Dane te powinny uwzględniać różnice zależne od płci, wieku, statusu ekonomiczno-społecznego. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa można określić skutki zdrowotne (choroby) i społeczne (np. koszty leczenia) danego problemu.

1.2 Czy w opracowaniu interwencji wzięto pod uwagę warunki (cały kontekst) szkoły, w których będzie ona realizowana?

Obok analizy potrzeb (1.1) należy dokonać oceny sytuacji szkoły, w której realizowana będzie interwencja. W ocenie tej należy wziąć pod uwagę typ szkoły, poziom edukacji (klasa), a także specyficzne cechy (np. nastawienie dyrekcji szkoły), bariery (np. brak zainteresowania nauczycieli) i inne czynniki (np. motywacja dyrektora szkoły, porozumienie z rodzicami) Przydatne są także informacje o subiektywnych odczuciach, gotowości i chęci do wprowadzania zmian u nauczycieli i uczniów. Informacje te można zebrać w czasie indywidualnych wywiadów, badań ankietowych lub dokonując przeglądu dotychczasowych interwencji.

2.1 Czy jasno i specyficznie określono grupę docelową (adresatów)?

Konieczne jest dokładne określenie, jakiej grupy docelowej (adresatów) ma dotyczyć dana interwencja i jakie są specyficzne cechy tej grupy [10, 18, 19, 20, 21]. Umożliwi to ustalenie, czy w tej grupie interwencja może dać zadowalające wyniki. Należy tu brać pod uwagę różne kryteria, np. wiek, płeć, typ szkoły, klasę, a także wartości BMI (np. w szkole podstawowej, zwłaszcza w grupie wieku 10–12 lat). W przypadku wyboru różnych grup, w każdej z nich należy zbadać jej specyficzne potrzeby. Trzeba także ustalić kryteria wyłączenia (np. wartość BMI, typ szkoły). Interwencje adresowane do młodych ludzi z nadwagą i *wtórnymi chorobami* ukierunkowane na leczenie, nie są uwzględnione w liście jakości HEPS. Lista ta obejmuje działania związane z promocją zdrowia.

¹³ Powodem do podjęcia interwencji mogą być nie tylko problemy zdrowotne (nadwaga, otyłość) uczniów, ale także niezadowalające efekty w edukacji (niskie oceny szkolne i motywacja do uczenia się). Jest wiele dowodów na istnienie związku między stanem zdrowia a osiągnięciami szkolnymi. Z tego powodu w diagnozie potrzeb warto uwzględnić osiągnięcia w uczeniu się.

2.2 Czy jasno i specyficznie określono cele?

Ważne jest, aby jasno określić, co chcemy osiągnąć w wyniku danej interwencji [10, 18, 19, 20, 21]. Sukces interwencji zależy od tego, na ile precyzyjnie i specyficznym sformułowano jej cele i aby możliwość ich odmiennej interpretacji była niewielka. Termin „specyficzne” oznacza, że cel określono z wykorzystaniem obiektywnych zmiennych, które w wyniku interwencji mogą się zmienić. Przykład takiego zapisu celu: zwiększenie liczby godzin tygodniowo przeznaczonych na aktywność fizyczną dzieci w wieku 8–10 lat.

Cele powinny być realistyczne i mierzalne. Tylko wówczas możliwe jest dokonanie ewaluacji, czyli sprawdzenia czy osiągnięto ustalone cele. Na przykład nierealistyczny jest cel „zmniejszenie o 100% liczby dzieci otyłych”, gdyż na występowanie otyłości wpływa wiele czynników pozaszkolnych, które trudno zmienić.

3.1 Czy w interwencji wykorzystano pozytywną i całościową koncepcję zdrowia, która koncentruje się na budowaniu zasobów i umiejętności sprzyjających zdrowemu żywieniu i aktywności fizycznej?

Pozytywna koncepcja zdrowia koncentruje się na zasobach, umiejętnościach i sprawnościach ludzi, które umożliwiają im radzenie sobie z codziennymi wymaganiami i podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu [19, 21, 40]. Interwencje wykorzystujące pozytywną koncepcję *promocji zdrowia* prowadzą do jego poprawy przez zwiększenie umiejętności i zdolności człowieka do brania odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie, w tym także np. za zdrowe żywienie i aktywność fizyczną. W interwencjach ukierunkowanych na leczenie i redukcję ryzyka, w których człowiek postrzegany jest jako pacjent, nie można mówić o pozytywnej koncepcji zdrowia.

3.2 Czy w interwencji uwzględniono aktywne uczestnictwo wszystkich uczniów w szkole?

Ważne jest, aby uczniowie, którzy są głównymi adresatami szkolnych interwencji, mieli poczucie, że są rzeczywistymi, aktywnymi jej uczestnikami, a nie jedynie biernymi jej odbiorcami [41, 42]. „Aktywny” oznacza, że uczestnictwo nie jest pozorne, lecz to, że uczniowie są obecni w procesie podejmowania decyzji oraz otrzymują informacje o uzyskanych wynikach. Interwencje, w których uczniowie aktywnie uczestniczą, dają poczucie, że mają oni wpływ na podejmowanie decyzji i mogą je inicjować razem z dorosłymi. Poziom uczestnictwa może różnić się w zależności od wieku i jest zwykle większy u dzieci starszych.

Przykłady: Decyzje podejmowane bez uczniów (brak uczestnictwa); uczniowie biorą udział w procesie podejmowania decyzji, ale bez prawa, do decydowania (częściowe uczestnictwo); uczniowie mogą inicjować podejmowanie decyzji, mają wpływ na decyzje i działania (aktywne uczestnictwo).

3.3 Czy interwencja koncentruje się na indywidualnych/grupowych zachowaniach oraz warunkach szkoły, które mają wpływ na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną?

Prawdopodobieństwo skuteczności interwencji jest większe, gdy koncentruje się ona równocześnie na czynnikach warunkujących zachowania zdrowotne jednostek i środowisku szkolnym. W odniesieniu do jednostek należy brać pod uwagę takie zachowania zdrowotne, jak dieta, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem, a także poczucie *własnej wartości i skuteczności*.

Termin „warunki szkoły” odnosi się do jej środowiska fizycznego, materialnego, społecznego. Należą do nich m.in. teren szkoły, plac zabaw, stołówka szkolna, asortyment automatów z żywnością w szkole itd. Mogą one mieć wpływ na zdrowie jednostek, ich zdrowe żywienie i aktywność fizyczną.

3.4 Czy w interwencji uwzględniono całościowe podejście szkoły do promowania zdrowego żywienia i aktywności fizycznej (zajęcia w klasie, warunki szkoły oraz społeczność lokalna)?

Całościowe podejście do zdrowia w szkole oznacza, że w interwencji uwzględniono działania na różnych poziomach w samej szkole i poza nią [43, 44]. Termin „szkoła” jest szerszy niż budynek szkolny, w którym jest dużo sal lekcyjnych, znajduje się w nim także wiele innych pomieszczeń i obiektów, stołówka szkolna, korytarze, pomieszczenia do rekreacji. Środowisko szkolne to także teren wokół szkoły, plac zabaw, boisko itd. Szersze otoczenie dla społeczności szkolnej tworzą różne organizacje poza szkołą np. kluby sportowe, poradnie psychologiczne, medyczne. Interwencja nie musi dotyczyć wszystkich poziomów i organizacji, ale należy w niej uwzględnić więcej niż jeden poziom.

4.1 Czy w interwencji wykorzystano dowody wynikające z badań naukowych?

Podstawą każdej interwencji powinna być teoria naukowa oraz wyniki badań [10, 32]. Umożliwia to zrozumienie uwarunkowań różnych zjawisk związanych ze zdrowiem i zależności między różnymi czynnikami. Dostarcza także informacji *opartych na dowodach* wskazujących, w jaki sposób można wpływać na te czynniki przez zorganizowane i profesjonalne działania. W każdej interwencji należy zebrać dokładne informacje o jej teoretycznych podstawach, które uzasadniają jej specyficzne treści i podejście metodologiczne. Niezbędne jest także dokonanie przeglądu wyników dotychczasowych badań empirycznych dotyczących przedmiotu interwencji.

4.2 Czy w interwencji uczestniczą rodzice?

Na zdrowe żywienie i aktywność fizyczną uczniów ma wpływ nie tylko szkoła, ale również rodzina i pochodzenie społeczne [25, 28, 29, 38]. Włączenie do uczestnictwa w interwencji rodziców/opiekunów i innych członków rodzin stwarza szansę, że zainicjowane zmiany w postawach i zachowaniach uczniów będą wspierane, wzmacniane i utrzymywane w rodzinie. Włączenie rodziców/rodziny zwiększa ich świadomość, gotowość do współpracy. Stopień, w jakim rodzice włączają się do działań zależy od wieku uczniów [20]. W przypadku młodszych uczniów rodzice mają duży wpływ na ich sposób żywienia, aktywność fizyczną i stopień ich zaangażowania w działania podejmowane w szkole powinien być większy. Należy im zaofiarować specjalne szkolenia, spotkania, konferencje rodziców i nauczycieli, oraz wspólne działania w szkole. W przypadku nastolatków udział rodziców może być mniejszy, ale należy utrzymać go co najmniej na minimalnym poziomie np. w formie spotkań nauczycieli z rodzicami, przekazywania im informacji na piśmie na początku interwencji.

4.3 Czy w interwencji uwzględniono różne komponenty, tzn. zdrowe żywienie i aktywność fizyczną?

Wyniki badań wskazują, że najlepsze efekty osiąga się łącząc zdrowe żywienie z aktywnością fizyczną [20, 27, 28, 29]. Przykłady to lekcje w klasie na temat żywienia

i poprawy kondycji fizycznej, organizacja klubów śniadaniowych, przyjazne place gier i zabaw.

4.4 Czy w interwencji uwzględniono aspekty zdrowia psychicznego (np. obraz własnego ciała, poczucie własnej wartości, strategię radzenia sobie) powiązane z promocją zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?

Zdrowe żywienie i aktywność fizyczna są w różny sposób powiązane ze zdrowiem psychicznym. Otyłości często towarzyszą różne *dolegliwości psychosomatyczne* i inne zaburzenia [45]. Ograniczenie aktywności fizycznej w dzieciństwie i młodości jest związane ze zmniejszeniem poczucia własnej skuteczności [46]. Nie należy zatem w interwencji ukierunkowanej na promocję zdrowego żywienia i aktywności fizycznej pomijać aspektów zdrowia psychicznego. Warto zwracać uwagę na kształtowanie pozytywnego obrazu własnego ciała, umiejętności radzenia sobie ze stresem i unikania niekorzystnych zachowań w sytuacjach związanych ze stresem. Ważnym elementem interwencji powinno być wzmacnianie poczucia własnej wartości, samoskuteczności i innych zasobów dla zdrowia psychicznego.

4.5 Czy interwencja jest powiązana z celami edukacyjnymi szkoły?

Podstawowym zadaniem szkoły jest realizacja celów edukacyjnych w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Interwencje zdrowotne łatwiej jest wdrożyć i skutecznie realizować w szkole, jeśli są spójne z celami edukacyjnymi [47]. Wyniki wielu badań wskazują, że mała aktywność fizyczna i otyłość mogą wpływać na obniżenie wyników w nauce [48]. Dlatego też w planowaniu interwencji należy poszukiwać związków między edukacją i zdrowiem. Edukacyjnymi wskaźnikami w interwencji powinny być osiągnięcia szkolne, dyspozycja do uczenia się, klimat społeczny szkoły oraz absencja szkolna. Jeśli interwencja uwzględni te aspekty, ocena jej jakości jest pozytywna.

4.6 Czy nauczyciele i inni pracownicy resortu edukacji zostali włączeni do opracowywania interwencji?

Nauczyciele, dyrekcja szkoły i inni pracownicy (np. psycholog, pedagog) są ważną grupą w planowaniu interwencji. Znają oni cały kontekst szkoły, wiedzą co w niej funkcjonuje dobrze, a co źle. Dlatego powinni oni uczestniczyć w planowaniu interwencji, zwłaszcza, gdy będą jej realizatorami [18]. Mogą udzielać wartościowego wsparcia, przekazywać informacje zwrotne dotyczące treści i metod interwencji na etapie jej planowania. Aktywne uczestnictwo na tym etapie sprzyja zwiększeniu zainteresowania i motywacji do jej realizacji. Umożliwia także redukcję ewentualnych różnic między działaniami zaplanowanymi i realizowanymi. A zatem pozytywnie oceniamy ten wskaźnik, gdy w planowaniu interwencji uczestniczyli nauczyciele i inni pracownicy szkoły (z sektora edukacji).

4.7 Czy w określeniu czasu trwania i intensywności działań wzięto pod uwagę wyniki badań i dotychczasowe doświadczenia?

Wyniki badań wskazują, że dłuższe interwencje, (trwające np. 6 miesięcy) są bardziej skuteczne niż krótkotrwałe [29]. Nie oznacza to jednak, że można uznać automatycznie, iż jeśli interwencja trwa 6 miesięcy lub dłużej to jej jakość jest wysoka, a gdy trwa krótko jej jakość jest niska. Należy jasno określić dlaczego interwencja została zaplanowana na określony, specyficzny okres czasu i jaka powinna być jej

intensywność (np. zajęcia 3 razy w tygodniu). Podstawą do tych ustaleń powinny być wyniki badań naukowych.

4.8 Czy metody wykorzystane w interwencji są dostosowane do podejścia szkół promujących zdrowie?

Podejście szkoły promującej zdrowie, jak opisano w rozdziale 3.1–3.4, oznacza wykorzystanie metod i strategii uwzględniających zasady demokracji i aktywnego uczestnictwa różnych grup społeczności szkolnej (nauczycieli, uczniów, rodziców, itd.), którym zapewnia się równy dostęp do wszelkich działań i zasobów. Metody stosowane w szkołach promujących zdrowie są ukierunkowane na *upodmiotowienie* dzieci i młodzieży oraz wspieranie ich w rozwijaniu *kompetencji do działania* [49]. Metody te obejmują pracę w grupach, dyskusje w kręgu, wspólne działania, gry, symulacje itd. [50]. Unika się w nich moralizowania. Szczególną uwagę należy zwrócić na pozytywne komunikaty (informacje), które wspierają poczucie odpowiedzialności i zrozumienia własnych zachowań, w tym także dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

4.9 Czy metody i treści interwencji są dostosowane do adresatów (np. wieku, płci, grupy społecznej)?

Treści i metody stosowane w każdej interwencji powinny być specyficzne i dostosowane do grupy docelowej tzn. płci, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego, warunków kulturowych adresatów. Biorąc pod uwagę wiek należy uwzględnić fazę rozwoju, w tym także poznawczego np. młodsze dzieci mają inne zainteresowania sportowe i poziom rozwoju motorycznego niż nastolatki. Inne są też potrzeby w zakresie włączenia rodziców. Dla dziewcząt ważny jest obraz własnego ciała, dla chłopców zagadnienia dotyczące gier komputerowych lub przemocy. Zwyczaje żywieniowe i inne zachowania zdrowotne są zależne od czynników kulturowych, norm wyznaczonych wartościami danej grupy. Jeśli w planowaniu interwencji uwzględniono i opisano szczegółowo cechy grupy docelowej można uznać, że wskaźnik ten spełnia kryteria wysokiej jakości.

2. Jakość struktury

5.1 Czy koszty interwencji zostały dokładnie opisane?

Dotychczasowe doświadczenia i wyniki badań wyraźnie wskazują, jakie są niezbędne zasoby dla realizacji interwencji w szkole [19, 21]. Szkoła powinna także oszacować ile pracy będzie wymagała jej realizacja. Wątpliwości dotyczące kosztów mogą być źródłem trudności i frustracji oraz wpływać niekorzystnie na osiągnięcie założonych celów. Koszty szkoły obejmują: czas przeznaczony na realizację interwencji, koszty wynagrodzeń dla personelu, materiały i inne wydatki. Interwencja, w której szczególnie określono wszystkie koszty spełnia kryteria tego wskaźnika. Pożądane jest także określenie, w jaki sposób można pozyskać środki np. od sponsorów, fundacji itd.

5.2 Czy są dostępne odpowiednie środki finansowe lub inne zasoby niezbędne dla osiągnięcia ustalonych celów?

Konieczne jest utrzymanie równowagi między celami interwencji a środkami, jakie są potrzebne dla pełnej jej realizacji (nie tylko środkami, którymi dysponuje

szkoła) [10, 18]. Jest to szczególnie ważne w okresie, gdy uzyskanie środków może być trudne. Niezbędne jest uzyskanie informacji o zasobach finansowych, celach i zadaniach interwencji. Przydatne mogą też być wyniki zewnętrznej ewaluacji.

5.3 Czy określono dokładnie, jakie kompetencje (np. kwalifikacje, umiejętności) powinni posiadać realizatorzy interwencji?

Ważne jest, aby określić, jakie kompetencje i kwalifikacje są potrzebne do prowadzenia danej interwencji [10, 18, 19, 20, 21]. Niektóre z nich wymagają kwalifikacji w zakresie żywienia, nauk o kulturze fizycznej lub zdrowia publicznego, inne w zakresie psychologii. W przypadku, gdy w danej interwencji nie są wymagane specjalne kwalifikacje, należy podać takie informacje. Jeśli nie zostały one podane trudno domyślić się, kto może realizować interwencję. Nie jest też wiadomo, kto jest odpowiedzialny za jej realizację i trudno monitorować sposoby pełnienia tej roli. Może to wpływać niekorzystnie na przebieg i efekty interwencji.

5.4 Czy są dostępne szkolenia dla zwiększenia kompetencji realizatorów?

W przypadku, gdy do realizacji interwencji potrzebne są specjalne kompetencje, konieczne jest szkolenie nauczycieli lub innych osób ją prowadzących [18, 19, 20]. W przypadku, gdy szkolenie to nie jest dostępne, chociaż od realizatorów wymaga się odpowiednich kompetencji, należy uznać, że jakość struktury jest niska i mogą wystąpić trudności w realizacji interwencji. Przy opisie szkolenia należy także podać, jak często odbywają się zajęcia, jaki jest ich koszt i wymagania co do obecności na nich.

5.5 Czy jest dostępny podręcznik do realizacji interwencji?

Dla każdej interwencji potrzebny jest podręcznik zawierający szczegółowe wskazówki dotyczące realizacji poszczególnych jej elementów [20]. Podręcznik ten lub poradnik powinien także zawierać opis całego procesu i treści interwencji oraz wykaz niezbędnych materiałów, a także informacje o możliwych trudnościach i sposobach ich przewyższania. Jest on nieocenioną pomocą w realizacji interwencji. Umożliwia także sprawdzenie, czy jest zgodność z tym, co zostało zaplanowane i co jest realizowane.

6.1 Czy opisano strategie pozyskiwania odpowiednich partnerów spoza szkoły?

Interwencje dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej, w których uczestniczy społeczność spoza szkoły, są bardziej skuteczne niż te, które realizowane są tylko w szkole lub w klasie. Partnerami szkoły mogą być np. lokalny klub sportowy lub młodzieżowy, poradnia medyczna, instytucja ubezpieczeniowa, restauracja, rodzice, rodziny itd. Przydatne jest zebranie informacji i sporządzenie listy partnerów oraz organizacji zajmujących się zdrowym żywnością i aktywnością fizyczną. Ważne jest także ustalenie strategii, co do udziału partnerów spoza szkoły w realizacji interwencji. Umożliwi to owocną współpracę.

6.2 Czy interwencja stymuluje współpracę z organizacjami i grupami osób spoza szkoły?

Należy dołożyć starań, aby współpraca (sieć) „szkoła — partnerzy spoza szkoły” była trwała przez cały okres realizacji interwencji. W interwencjach o wysokiej jakości powinno być zapisane, jak osiągnąć taką stabilną współpracę. Należy dążyć do

opracowania metod i strategii współpracy z partnerami jako elementu codziennej praktyki szkoły w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

3. Jakość procesu

7.1 Czy nauczyciele i uczniowie zostali włączeni do realizacji interwencji?

Wskaźnik ten dotyczy oceny stopnia, w jakim uczniowie i nauczyciele zostali włączeni do realizacji interwencji. *Uczestnictwo* ich powinno być integralną częścią wszystkich etapów interwencji [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Ważne jest, aby uczniowie i nauczyciele wiedzieli, w jaki sposób interwencja jest wdrażana. Przykłady: mogą oni mieć wpływ na to, jak zorganizować i wyposażyć teren szkoły, place gier i zabaw, jakie rodzaje potraw należy przygotowywać, o czym chcieliby dyskutować na lekcjach. Wiele innych przykładów można znaleźć w „Przewodniku HEPS”. W opisie interwencji powinny znaleźć się informacje, jak zachęcać uczniów i nauczycieli do aktywnego uczestnictwa.

7.2 Czy interwencja jest dostosowana do warunków i codziennej praktyki szkoły?

Codzienna praktyka i warunki pracy szkoły są związane z jej organizacją. Dotyczy to sposobu administrowania szkołą, jej strukturą, rozkładem lekcji, programem szkoły, zajęciami pozalekcyjnymi itd. Dobrze rokująca interwencja powinna być odpowiednio powiązana z całym kontekstem życia szkoły. Składowe interwencji powinny być spójne z lekcjami umieszczonymi w planie lekcji. Zajęcia prowadzone przez osoby spoza szkoły powinny być uzgodnione z nauczycielami. Interwencja spełnia kryteria tego wskaźnika, jeśli stwierdzi się, że jest ona dostosowana do typowej codziennej praktyki (rutyny) szkoły.

7.3 Czy opisano wszystkie podstawowe składowe interwencji, w sposób, który ogranicza wprowadzanie zmian w stosunku do założeń (planu) interwencji?

Zgodność interwencji oznacza, że cała interwencja i jej składowe wdrażane w szkole są zgodne z tym, co zostało zaplanowane, tzn. realizacja jest spójna z planami. Jeśli nie ma takich informacji nie można ustalić, czy niezadowolające wyniki są skutkiem niewłaściwie zaplanowanej interwencji, czy też nieprawidłowej jej realizacji [37]. Jedynym sposobem zapewnienia tej zgodności jest określenie, które składowe interwencji powinny być wdrażane w pełni, bez żadnej adaptacji, a w których możliwa jest elastyczność i modyfikacja w szkole. Bez takiej informacji zgodność interwencji z planem zmniejsza się i może być to przyczyna braku pożądaných efektów. Należy więc na podstawie danych z piśmiennictwa lub doświadczeń opisać, które składowe są podstawowe dla uzyskania sukcesu, a które można modyfikować, z podaniem jakie zmiany mogą być dokonane.

7.4 Czy zapewniono bieżące wsparcie (np. konsultacje/superwizje) dla realizatorów interwencji (np. nauczycieli)?

Konieczne jest stworzenie osobom realizującym interwencję możliwości konsultacji i dyskusji w przypadku pojawienia się problemów i trudności [18, 21]. Bieżące wsparcie oznacza, że organizator interwencji, obok wstępnego szkolenia, oferuje stałe doradztwo. Może mieć ono formę kontaktów telefonicznych, za pomocą poczty elektronicznej, okresowych spotkań, konsultacji lub superwizji profesjonalistów. W opisie interwencji powinna znaleźć się informacja o dostępności takiego wsparcia i jego kosztach.

8.1 Czy opisano metody ewaluacji procesu (np. zgodność realizacji z założeniami, satysfakcja uczestników, akceptacja)?

Ważna jest systematyczna ocena i *monitoring* przebiegu realizacji (procesu) interwencji [9, 19, 21, 37, 52]. Problemy pojawiające się w tej fazie mogą utrudniać osiągnięcie celów. Jeżeli zostaną one wcześniej zidentyfikowane można podjąć środki zaradcze. Wskaźniki do monitorowania uwzględniają ocenę gotowości do realizacji, zadowolenie z jej zaplanowania oraz akceptacja wyboru danej interwencji. Zgodność interwencji (patrz 6.3) można ocenić przez monitorowanie częstości działań, czasu trwania oraz ocenę stopnia zgodności realizacji z planem. Należy opisać, jakie metody i materiały będą wykorzystywane do ewaluacji procesu interwencji.

8.2 Czy opisano strategię, w jaki sposób należy poprawiać realizację interwencji na podstawie wyników ewaluacji procesu?

Należy opisać strategię i zalecenia dotyczące sposobu przewyżniania trudności i problemów, które ujawnia się podczas ewaluacji procesu. Dotyczy to typowych problemów i podania przykładów rozwiązań dla ich wyeliminowania, które mogą być zaadaptowane przez osobę odpowiedzialną za prowadzenie interwencji. Należą do nich m.in. wskazówki, jak zwiększać gotowość i motywację oraz jak usprawnić wykorzystanie dostępnych środków (czas, personel itd.).

4. Jakość efektów

9.1 Czy osiągnięto cele ustalone przy planowaniu interwencji?

Osiągnięcie założonych celów interwencji jest fundamentalnym wskaźnikiem w ocenie skuteczności interwencji i jej sukcesu [18, 19, 21]. Podstawowe pytanie to: czy istnieją jakieś *dowody* (fakty), że określone w fazie planowania cele zostały osiągnięte. Aby sprawdzić, w jakim stopniu cele te zostały osiągnięte, muszą być one bardzo precyzyjnie sformułowane przy planowaniu interwencji (patrz 2.2). Należy sprawdzić, czy założone cele zostały osiągnięte w całej grupie, czy tylko w niektórych podgrupach wieku, płci itd. W przypadku, gdy nie osiągnięto celów należy krytycznie przeanalizować, jakie były tego przyczyny.

9.2 Czy interwencja miała korzystny wpływ na zdrowie zależny od zdrowego żywienia i aktywności fizycznej?

W interwencji, która jest skuteczna należy wykazać pozytywne zmiany wskaźników zdrowia związanych ze zdrowym żywieniem i aktywnością fizyczną. Istnieje wiele wskaźników, które można tu wykorzystać [10, 53]. Pozytywne efekty na pierwszym poziomie to zmiany w strukturze i funkcjonowaniu szkoły, którym towarzyszy przyrost u uczniów wiedzy o zdrowym żywieniu i aktywności fizycznej, zmiany postaw i intencje zmiany zachowań. Przykładem efektów na pośrednim poziomie są zmiany niektórych zachowań uczniów np.: zwiększenie liczby godzin w tygodniu przeznaczonych na wykonywanie intensywnych wysiłków fizycznych lub wzrost spożycia warzyw i owoców. Do tej grupy efektów można zaliczyć także korzystne zmiany w środowisku szkoły, takie jak stołówka wydająca zdrowe potrawy, przyjazne urządzenia do zabaw i uprawiania sportu, eliminowanie automatów z niezdrowymi produktami. Znacznie trudniej jest osiągnąć zmiany w stanie zdrowia np. zmniejszenie liczby dzieci z nadwagą. Wymagają one długiego czasu i są zależne od bardzo wielu czynników pozaszkolnych. Aby spełnić wymagania tego wskaźnika należy

wykazać, że interwencja spowodowała pozytywne zmiany dotyczące zdrowego żywienia i aktywności fizycznej na pierwszym i pośrednim poziomie.

9.3 Czy są dowody, że korzystne dla zdrowia efekty interwencji utrzymują się przez co najmniej 6 miesięcy?

Aby uznać, że interwencja ma wysoką jakość należy wykazać, że po jej zakończeniu korzystne zmiany utrzymują się co najmniej 6 miesięcy. Im dłużej utrzymują się korzystne zmiany zachowań zdrowotnych dzieci, tym większa jest szansa, że będą one kontynuowane w przyszłości. Dlatego wymagane jest badanie odległych efektów interwencji. Można uznać, że wskaźnik ten został osiągnięty, gdy co najmniej jedna korzystna zmiana utrzymuje się ponad pół roku po zakończeniu interwencji.

9.4 Czy zastosowane metody i procedury ewaluacji są zgodne z standardami naukowymi?

Każda interwencja, a także metody i procedury ewaluacji powinny być opracowane z wykorzystaniem teorii naukowej i wyników badań [18, 19]. Niezbędne są dokładne informacje dotyczące koncepcji badań podejmowanych w celu ewaluacji wyników interwencji, w tym pytania badawcze powiązane z planem interwencji, wskaźniki i zmienne oraz metody zbierania danych i ich analizy statystycznej. Koncepcja badań i zastosowane metody powinny dostarczyć dowodów, że efekty interwencji zostały osiągnięte.

9.5 Czy interwencja miała pozytywny wpływ na edukację (np. uczenie się, osiągnięcia szkolne, klimat szkoły, absencja szkolna)?

Każda interwencja w środowisku szkolnym powinna uwzględniać efekty edukacyjne [18, 44]. Do wskaźników związanych ze szkołą i edukacją należą: motywacja do uczenia się, klimat szkoły, poczucie przynależności do szkoły, osiągnięcia w uczeniu się, absencja szkolna. W przypadku efektów edukacyjnych można również wyróżnić trzy grupy: bezpośrednie, pośredniczące i długoterminowe. Przykładem zmian bezpośrednich i długoterminowych jest pozytywne nastawienie do szkoły i klimat szkoły. Zmiany długoterminowe mogą dotyczyć osiągnięć szkolnych i absencji szkolnej. Interwencja, w której osiągnięto pozytywne zmiany w jakimkolwiek wskaźniku edukacyjnym spełnia kryteria jakości w odniesieniu do tego wskaźnika.

10.1 Czy ogólny wkład pracy (koszty, czas) jest zrównoważone przez efekty interwencji?

Osiągnięcie pozytywnych efektów interwencji nie zawsze wskazuje, że jest ona skuteczna. Należy bowiem dokonać analizy *koszty-efekty* i porównać wszystkie wydatki z osiągniętymi efektami. Wydatki te to: wynagrodzenia personelu, materiały, czas itd. Efekty nie są wyrażone w postaci materialnej, lecz są to wyniki dokonanej ewaluacji. Interwencję można uznać za skuteczną jeśli dokonano analizy *koszty-efekty* i jej metody oraz procedura zostały jasno opisane, a wyniki przewyższają poniesione nakłady. Idealnym rozwiązaniem byłoby porównanie danych o *kosztach-efektach* konkretnych interwencji z innymi dotyczącymi również zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Porównywane mogą być tylko interwencje o zbliżonych cechach i warunkach realizacji.

10.2 Czy koszty (np. czas przeznaczony na jej przygotowanie, wynagrodzenia personelu) dla szkoły/nauczycieli są zrównoważone przez korzyści z interwencji?

Analiza *koszt–efekt* powinna uwzględniać także perspektywę szkoły, w której interwencja jest realizowana. Koszty szkoły to czas przeznaczony na przygotowanie interwencji i wynagrodzenie dla personelu szkoły, a efekty odnoszą się do dzieci i do ich zdrowia. Ocena skuteczności dla szkoły może również dotyczyć subiektywnego postrzegania efektów przez nauczycieli, dyrektora szkoły i innych profesjonalistów z obszaru edukacji. Interwencję można uznać za skuteczną, gdy dokonano analizy *koszt–efekt*, jej metody i procedura zostały precyzyjnie opisane, a wyniki ewaluacji wskazują na przewagę korzyści. Idealnie byłoby, gdyby organizator interwencji porównał jej *koszt–efekt* z innymi szkolnym interwencjami w zakresie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Porównywać można tylko interwencje o podobnych cechach i warunkach realizacji.

■ ANEKS 2

SŁOWNIK PODSTAWOWYCH TERMINÓW

Termin	Wyjaśnienie
Benchmark	Termin ten ma różne znaczenia i odnosi się do wielu dziedzin. Można go tłumaczyć jako wykorzystywanie porównywalnych danych z innych podobnych interwencji lub działań, w celu ustalenia standardów dobrej praktyki, aby mierzyć sukcesy i specyficzne potrzeby dla ich osiągnięcia.
BMI <i>Body Mass Index</i>	Wskaźnik masy ciała jest to stosunek masy ciała do jego wysokości kg/m^2 . Wylicza się go przez podzielenie masy ciała (w kg) przez wysokość ciała w m^2 . Jest to obecnie powszechnie stosowany wskaźnik do określania nadwagi i otyłości.
Całościowe podejście do zdrowia w szkole <i>Whole school approach to health</i>	Całościowe podejście do zdrowia w szkole charakteryzuje się: <ul style="list-style-type: none"> • uczestniczącym i ukierunkowanym na działanie podejściem w edukacji zdrowotnej, • braniem pod uwagę koncepcji zdrowia uczniów, • tworzeniem polityki na rzecz zdrowia w szkole, • tworzeniem sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i psychicznego szkoły, • kształtowaniem umiejętności życiowych, • tworzeniem dobrych (skutecznych) związków między szkołą a rodzinami, • skutecznym wykorzystywaniem świadczeń pracowników medycznych [5]. <p>W podejściu tym bierze się pod uwagę nie tylko zdrowie uczniów, ale także nauczycieli i pozostałych pracowników szkoły. Ma ono na celu również promocję jakości edukacji przez wzmacnianie zdrowia [47].</p>
Choroby wtórne <i>Secondary disorders</i>	Są to choroby, które wystąpiły w następstwie wcześniej występujących innych chorób lub zaburzeń, np. otyłość może być przyczyną takich chorób wtórnych, jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie, zawał serca.
Czynniki determinujące zdrowie <i>Health determinants</i>	Są to różnorodne czynniki, które wpływają na zdrowie człowieka, grup ludzi i całej populacji. Należą do nich: środowisko fizyczne, społeczne i ekonomiczne oraz indywidualne cechy człowieka i jego zachowania [40].
Dolegliwości psychosomatyczne <i>Psychosomatic complaints</i>	W dolegliwościach lub chorobach psychosomatycznych występują objawy, w których nie można w pełni wyjaśnić, czy ich przyczyną są zmiany organiczne w danym układzie lub narządzie organizmu. Ich pierwotną przyczyną są czynniki natury psychologicznej.

Interwencja zdrowotna <i>Health intervention</i>	Są to działania wywodzące się z nauk medycznych. Celem ich jest dokonywanie systematycznych i trwałych (zrównoważonych) zmian zachowań zdrowotnych ludzi i/lub otaczającego ich środowiska. Wyróżnia się dwa podstawowe rodzaje interwencji zdrowotnych: 1) ukierunkowane na poprawę zdrowia i samopoczucia (promocja zdrowia); 2) koncentrujące się na unikaniu chorób i zaburzeń (profilaktyka).
Klimat szkoły <i>School climate</i>	Klimat szkoły można określić jako jakość i częstość interakcji między dorosłymi i uczniami w szkole [59].
Kompetencje do działania <i>Action competence</i>	Jest to zdolność do podejmowania działań w celu osiągnięcia pozytywnych zmian (poprawy) swego zdrowia i podejmowanie tych działań w codziennym życiu [49].
Koszt–efekt <i>Cost–effectiveness</i>	Koszt–efekt wskazuje na związki między wydatkami finansowymi związanymi z interwencją a osiągniętymi jej efektami. Pozytywny wskaźnik oznacza, że osiągnięte efekty interwencji przewyższają poniesione wydatki.
Monitoring	Stałe lub okresowe systematyczne zbieranie danych, które służą kontrolowaniu procesu lub wyników działań [31].
Nadwaga <i>Overweight</i>	Nie ma pełnej zgodności, jak zdefiniować nadwagę u dzieci i młodzieży. Najczęściej wykorzystuje się w tym celu wartości centylowe BMI dla danej płci i wieku. W Europie przyjęto, że nadwaga jest wówczas, gdy wartość BMI jest równa lub przekracza 85 centyl, a otyłość, gdy BMI jest na poziomie lub powyżej 90 centyla [36].
Poczucie własnej wartości <i>Self-esteem</i>	Poczucie własnej wartości odnosi się do tego, w jaki sposób człowiek postrzega swoją wartość, nagradza i lubi siebie. Określa ono, czy nasz stosunek do siebie jest przychylny czy nieprzychylny [60].
Podejście szkoły promującej zdrowie <i>Health promoting school approach</i>	Szkoła promująca zdrowie jest to szkoła, która w sposób ciągły dąży do tego, aby być zdrowym siedliskiem dla życia, uczenia się i pracy. Do działań tych angażuje profesjonalistów z resortu zdrowia i edukacji, nauczycieli, uczniów i rodziców oraz osoby ze społeczności lokalnej. Wspiera zdrowie i uczenie się z wykorzystaniem wszystkich dostępnych sposobów. Stara się tworzyć sprzyjające zdrowiu środowisko, wdraża programy edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Szkoła promująca zdrowie tworzy politykę i wdraża praktyki, które respektują poczucie własnej wartości członków społeczności szkolnej, tworzy wszystkim możliwości osiągnięcia sukcesu, docenia wysiłki, dobre intencje oraz indywidualne osiągnięcia. Podejmuje działania dla poprawy zdrowia pracowników szkoły, uczniów, rodzin i społeczności lokalnej, współpracuje z liderami z tej społeczności pomagając im zrozumieć, jak społeczność może działać na rzecz zdrowia i edukacji [40].

Profilaktyka, prewencja <i>Prevention</i>	Profilaktyka odnosi się do działań, których celem jest zachowanie (ochrona) istniejącego stanu zdrowia, przez unikanie zagrożeń i chorób. Promocja zdrowia to działania dla wzmocnienia (doskonalenia) zdrowia przez pomnażanie zasobów i zdolności do działania. Wyróżnia się trzy poziomy profilaktyki: pierwotna — eliminowanie przyczyn chorób; wtórna — wczesne rozpoznawanie objawów, diagnoza i leczenie; trzeciorzędowa — ograniczenie negatywnych skutków istniejących chorób.
Promocja zdrowia <i>Health promotion</i>	Jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę [40].
Promocja zdrowia oparta na dowodach <i>Evidence-based health promotion</i>	Wykorzystanie informacji, których dostarczają wyniki badań i inne systematyczne poszukiwania, aby zidentyfikować przyczyny i czynniki dotyczące potrzeb zdrowotnych i najbardziej skuteczne działania w zakresie promocji zdrowia, podejmowane w danej populacji i danym kontekście [39].
Punkt <i>Point</i>	Jest to liczba przypadków w dokładnie określonym czasie (np. w 1 miesiącu, w 12 miesiącach).
Radzenie sobie <i>Coping</i>	Poznawcze i behawioralne wysiłki człowieka, które umożliwiają kierowanie (redukowanie, minimalizowanie lub tolerowanie) wymaganiami wewnętrznymi lub zewnętrznymi występującymi w relacjach człowiek — środowisko i które obciążają lub przewyższają zasoby człowieka.
Rozpowszechnienie <i>Prevalence</i>	Liczba przypadków (np. chorób) w danej populacji w określonym czasie [56].
Ryzyko dla zdrowia <i>Health risk</i>	Społeczna, ekonomiczna i biologiczna sytuacja, zachowania ludzi oraz warunki środowiska, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo zachorowania na niektóre choroby lub doznania urazu [40].
Samoskuteczność <i>Self-efficacy</i>	Jest to przekonanie (poczucie) człowieka o jego możliwości (zdolności) do podejmowania działań, które mogą wpływać na jego życie [39]. Jest to poczucie, że człowiek jest zdolny do osiągnięcia założonego celu w danej sytuacji.
Skuteczność <i>Effectiveness</i>	Oznacza, że interwencja była odpowiednia z punktu widzenia oczekiwanych efektów [56].
Status społeczno-ekonomiczny <i>Socioeconomic status</i>	Status społeczno-ekonomiczny oznacza ekonomiczną i społeczną pozycję jednostki lub rodziny pod względem ekonomicznym i społecznym w odniesieniu do innych członków społeczności. Najczęściej jest on determinowany przez dochody rodziny.
Stres <i>Stress</i>	Stres jest efektem interakcji między człowiekiem i jego środowiskiem. Bardziej specyficznie można uznać, że stres pojawia się, gdy wymagania środowiska przekraczają zasoby człowieka i stanowią zagrożenie dla jego dobrostanu [55].

Trwałość (zrównoważenie) <i>Sustainability</i>	Zamierzony wpływ projektu, który powinien być dłuższy niż jego czas trwania [56].
Uczestnictwo <i>Participation</i>	Istnieją różne stopnie (poziomy) uczestnictwa od „branie udziału” do „stanowienie części lub dzielenie się czymś”. Dzielenie się czymś oznacza, że mamy udział (zdolność, siłę sprawczą) w procesie podejmowania decyzji w odniesieniu do jakiejś sprawy (działań). W takim rozumieniu jest to poczucie możliwości rozstrzygania pewnych kwestii, współwłasności i upodmiotowienia np. w zakresie uczenia się o zdrowiu [20, 40].
Upodmiotowienie <i>Empowerment</i>	W promocji zdrowia upodmiotowienie oznacza proces, w którym ludzie przejmują kontrolę nad decyzjami i działaniami wpływającymi na ich zdrowie [40].
Wdrożenie <i>Implementation</i>	Odnosi się do tego, w jakim stopniu dany program lub interwencja została wprowadzona do praktyki [52]. Wyróżnia się kilka składowych wdrożenia: zgodność (z planem), częstość, czas trwania interwencji, jakość realizacji, reakcja uczestników.
Wskaźnik jakości <i>Quality indicator</i>	Specjalnie określony miernik, za pomocą którego można ustalić, czy jakość jest dobra czy zła [10].
Wydajność <i>Efficiency</i>	Relacja między wynikami interwencji, a środkami wykorzystanymi do ich osiągnięcia [56].
Zachowania sedenteryjne <i>Sedentary behaviours</i>	Są to zachowania, w których aktywność fizyczna i wydatek energii jest bardzo mały. Przykładem takich zachowań jest oglądanie telewizji, praca przy komputerze, gry komputerowe.
Zapadalność <i>Incidence</i>	Liczba nowych przypadków (np. chorób, zaburzeń) w danej populacji i w określonym czasie [40].
Zgodność interwencji <i>Intervention fidelity</i>	Zgodność lub wierność interwencji odnosi się do tego, w jakim stopniu cała interwencja lub jej składowe realizowane w szkole są zgodne z tym, co zaplanowano [37]. Inaczej jest to zgodność planu i jego wdrożenia (realizacji).

■ BIBLIOGRAFIA

1. Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). Gesundheitserziehung in Schulen. [Health Education in Schools]. In B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Ed.). Handbuch Gesundheitserziehung [Handbook of Health Education] (160–170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Rätty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education*, Suppl. 1, 10–14.
3. WHO (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from the World Wide Web on November 1th 2009, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). Evaluating health promotion in schools: reflections. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271–284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). SHE strategic plan 2008–2012. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion. Köln, BZgA.
7. Øvretveit, J. (1996). Quality in health promotion. *Health Promotion International*, 11, 55–62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). *Medicare — A strategy for quality assurance*. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention [quality parameter in prevention]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention [Quality management in health promotion and prevention]* (38–50). Köln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16, 187–195.
11. Parish, R. (2001). Health promotion. Towards a quality assurance framework. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171–184). Copenhagen, WHO.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung! [A quality culture for health promotion]. *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221–228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.
14. Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung [Quality development in health promotion]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention [Quality management in health promotion and prevention]* (51–72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiter de, S. (2008). Summary Dutch toolkit overweight in schools. Woerden, NIGZ.
16. Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland [Health promotion through life skill programmes in Germany]. Köln, BZgA.

17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie [Mental health promotion programmes for childhood and adolescence]*, 3, 119–143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions. In Leurs, M. (Ed.) *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion (69–81)*. Enschede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIPH). Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from <http://ws5.e-vision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>
20. BZgA (2006). Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). Quality criteria for projects version 5.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality_criteria_50.pdf
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0. Retrieved from the World Wide Web on April 15th, from http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54.
23. BZgA. (2005). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten [Criteria of good practice in health promotion for social disadvantaged]. Köln, BZgA.
24. Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Anforderungen und Lösungen [The assessment of structural, process and outcome quality of health promotion and prevention. Demands and solutions]. *Bundesgesundheitsbl — Gesundheitsforsch — Gesundheitsschutz*, 47, 125–132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 337–353.
27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54(No. RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njik, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780–1789.
29. Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617–622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189–196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Paediatrica*, 96, 12–18.

33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population — a review. London, Health Education Authority.
34. Slujis van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121–137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20, 1–73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*. Supp.2, 30–36.
38. Müller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64, 249–254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345.
40. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864–878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation — the health of children and young people. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
43. Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. Copenhagen, WHO.
44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe — the case of School Health Promotion, *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248–254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67–73.
46. Valois, R. F., Umstattd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321–327.
47. Paulus, P. (2009). *Anschub.de. Ein Programm zur Förderung der guten gesunde Schule. [Anschub.de — a programme for the promotion of the good healthy school]* Münster: Waxmann.
48. Taras, H. (2005). Physical Activity and Student Performance at School. *Journal of School Health*, 75, 214–218.
49. Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research*, 12, 419–428.
50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. ENHPS.

51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). HEPS Guidelines. Guidelines on promoting healthy eating and physical activity in schools. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). Why Program Implementation is Important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5–18.
53. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion — progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27–44.
54. WHO (2006). Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571–579.
56. Quint-Essenz (2008). Glossary. Retrieved from the World Wide Web on August 11th, 2009 from <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Geneva, WHO.
58. Oatis, M. D. (2002). Psychosomatic Illness in Children and Adolescents. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001): School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students. *Journal of School Psychology*, 39, 141–159.
60. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Przydatne źródła internetowe

1. Narzędzia do oceny interwencji zdrowotnych (wybór)

- Kryteria dobrej praktyki w promocji zdrowia dla osób w trudnej sytuacji społecznej (dostępne tylko w języku niemieckim) <http://www.bzga.de>
- Europejskie narzędzie do oceny jakości promocji zdrowia <http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2>
- *Preffi* — narzędzie do zarządzania efektami w promocji zdrowia <http://www.preffi.nl>
- Jakość w profilaktyce (dostępne tylko w języku niemieckim) <http://www.uke.de/extern/qip>
- Kryteria jakości dla programów przeciwdziałania i leczenia dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością <http://www.bzga.de>
- *Quint Essenz* — narzędzie do rozwoju jakości w profilaktyce i promocji zdrowia <http://www.quint-essenz.ch>.

2. Baza informacji związanych ze zdrowym żywieniem i aktywnością (wybór)

- Platforma: żywność i aktywność (dostępna tylko w języku niemieckim) <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
- Platforma promocji zdrowia dla osób trudnej sytuacji społecznej (dostępna tylko w języku niemieckim) <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
- I-baza danych (dostępna tylko w języku holenderskim) <http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
- Baza danych szkół promujących zdrowie w Austrii (dostępna tylko w języku niemieckim) <http://gs.bmgfj.gv.at>

3. Inne przydatne zasoby internetowe

- Szkoły dla Zdrowia w Europie (SHE) <http://www.schoolsforhealth.eu>
- Program „Zdrowie żywienie i aktywność fizyczna w szkołach” (HEPS) <http://www.hepseurope.eu>

PARTNERZY HEPS

Koordynatorem projektu HEPS jest The Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ). Projekt jest realizowany we współpracy z:

1. Université Libre de Bruxelles, Belgia
2. Welsh Assembly Government, Walia
3. Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Dania
4. Institute of Child Health, Grecja
5. University Maastricht, Holandia
6. NHS Health Scotland
7. Warsaw University, Polska
8. University of Bergen, Norwegia
9. Leuphana University Lüneburg, Niemcy
10. National University of Ireland, Galway, Irlandia
11. Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR), Austria
12. State Environmental Health Centre, Ministry of Health, Litwa